ГЛАВНОЕ ВОЕННО-САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
КРАСНОЙ АРМИИ

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ
Ответственный секретарь
полковник медицинской службы С. М. БАГДАСАРЬЯН

Члены редколлегии:
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-полковник медицинской службы Н. Н. БУРДЕНКО,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал-майор медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН

Ж 6381

ЯНВАРЬ — ФЕВРАЛЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МОСКВА — 1945

ПРИКАЗ
Верховного Главнокомандующего

23 февраля 1945 г. № 5 г. Москва

Товарищи красноармейцы и краснофлотцы, сержанты, офицеры и генералы! Сегодня мы празднуем 27-ю годовщину существования Красной Армии.

Созданная великим Лениным для защиты нашей Родины от нападения чужеземных захватчиков и выпестованная большевистской партией, Красная Армия прошла славный путь своего развития. Она с честью оправдала свое историческое назначение и по праву является любимым детищем советского народа. В годы гражданской войны Красная Армия отстояла от многочисленных врагов молодое советское государство. В великих битвах Отечественной войны против немецкого нашествия Красная Армия спасла народы Советского Союза от немецко-фашистского рабства, отстояла свободу и независимость нашей Родины и помогла народам Европы сбросить немецкое иго.

Двадцать седьмую годовщину Красной Армии мы встречаем теперь в обстановке новых исторических побед над врагом. Красная Армия не только освободила родную землю от гитлеровской нечисти, но и отбросила врага на многие сотни километров за те рубежи, с которых немцы по-разбойничьи напали на нашу страну, перенесла войну на территорию Германии и теперь вместе с армиями наших союзников успешно довершает дело разгрома немецко-фашистской армии.

В январе нынешнего года Красная Армия обрушила на врага небывалый по силе удар на всем фронте от Балтики до Карпат. Она взломала на протяжении 1 200 километров мощную оборону немцев, которую они создавали в течение ряда лет. В ходе наступления Красная Армия быстрыми и умелыми действиями отбросила врага далеко на запад. Советские войска с упорными боями продвинулись от границ Восточной Пруссии до нижнего течения Вислы — на 270 километров, с плацдарма на Висле южнее Варшавы до нижнего течения реки Одер — на 570 километров, с Сандомирского плацдарма в глубь немецкой Силезии — на 480 километров.

Успехи нашего зимнего наступления привели прежде всего к тому, что они сорвали зимнее наступление немцев на Западе, имевшее своей целью захват Бельгии и Эльзаса, и дали возможность армиям наших союзников в свою очередь перейти в наступление против

немцев и тем сомкнуть свои наступательные операции на Западе с наступательными операциями Красной Армии на Востоке.

За 40 дней наступления в январе — феврале 1945 г. наши войска изгнали немцев из 300 городов, захватили до сотни военных заводов, производящих танки, самолеты, вооружение и боеприпасы, заняли свыше 2 400 железнодорожных станций, овладели сетью железных дорог протяжением более 15 тысяч километров. За этот короткий срок Германия потеряла свыше 350 тысяч солдат и офицеров пленными и не менее 800 тысяч убитыми. За тот же период Красная Армия уничтожила и захватила около 3 000 немецких самолетов, более 4 500 танков и самоходных орудий и не менее 12 000 орудий.

В результате Красная Армия полностью освободила Польшу и значительную часть территории Чехословакии, заняла Будапешт и вывела из войны последнего союзника Германии в Европе — Венгрию, овладела большей частью Восточной Пруссии и немецкой Силезии и пробила себе дорогу в Бранденбург, в Померанию, к подступам Берлина.

Гитлеровцы кичились, что более сотни лет ни одного неприятельского солдата не было в пределах Германии и что немецкая армия воевала и будет воевать только на чужих землях. Теперь этому немецкому бахвальству положен конец.

Наше зимнее наступление показало, что Красная Армия находит новые и новые силы для решения все более сложных и трудных задач. Ее славные воины научились теперь громить и уничтожать врага по всем правилам современной военной науки. Наши бойцы, воодушевленные сознанием своей великой освободительной миссии, проявляют чудеса героизма и самоотверженности, умело сочетают отвагу и дерзость в бою с полным использованием силы и мощи своего оружия. Генералы и офицеры Красной Армии мастерски сочетают массированные удары могучей техники с искусным и стремительным маневром. На четвертом году войны Красная Армия стала крепче и сильнее, чем когда бы то ни было, ее боевая техника стала еще более совершенной, а боевое мастерство — во много раз выше.

Товарищи красноармейцы и краснофлотцы, сержанты, офицеры и генералы!

Полная победа над немцами теперь уже близка. Но победа никогда не приходит сама, — она добывается в тяжелых боях и в упорном труде. Обреченный враг бросает в бой последние силы, отчаянно сопротивляется, чтобы избежать сурового возмездия. Он хватается и будет хвататься за самые крайние и подлые средства борьбы. Поэтому надо помнить, что чем ближе наша победа, тем выше должна быть наша бдительность, тем сильнее должны быть наши удары по врагу.

От имени Советского Правительства и нашей славной большевистской Партии приветствую и поздравляю вас с 27-й годовщиной Красной Армии!

В ознаменование великих побед, одержанных вооруженными силами Советского государства в течение истекшего года, приказываю:

Сегодня, 23 февраля, в день 27-й годовщины Красной Армии, в 20 часов, произвести салют в Москве, Ленинграде, Киеве, Минске, Петрозаводске, Таллине, Риге, Вильнюсе, Кишиневе, Тбилиси, Сталинграде, Севастополе, Одессе, Львове — двадцатью артиллерийскими залпами.

Да здравствует наша победоносная Красная Армия!

Да здравствует наш победоносный Военно-Морской Флот!

Да здравствует наша могучая Советская Родина!

Вечная слава героям, павшим в борьбе за свободу и независимость нашей Родины!

Смерть немецким захватчикам!

Верховный Главнокомандующий
Маршал Советского Союза

И. СТАЛИН

★

Генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНО

ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА И Н. И. ПИРОГОВ[1]

Медицинская общественность нашей страны ежегодно отмечает память великого хирурга, замечательного анатома и блестящего организатора военной медицины Николая Ивановича Пирогова. На собраниях хирургических обществ делаются доклады, которые обычно посвящаются деятельности Н. И. Пирогова на поприще медицинской науки и гражданского здравоохранения. Однако реже всего доклады посвящались вопросам военной медицины, а между тем роль Пирогова на военно-медицинском поприще и до сих пор может считаться непревзойденной.

Крупнейшим событием в истории нашей родины в XIX столетии была Отечественная война 1812 г. Следующим большим событием являлась героическая оборона Севастополя в 1854—1855 гг. Вот почему я считаю необходимым рассмотреть состояние военной медицины как перед Отечественной войной 1812 г., так и в ходе этой войны, и те изменения, которые были внесены в нее на основе опыта медицинской службы в Отечественной войне и в последующих войнах вплоть до Кавказской экспедиции 1847 г., в которой Пирогов принимал уже непосредственное участие. Это необходимо для того, чтобы уяснить роль и значение Пирогова в развитии военной медицины.

Научная медицина в России к началу Отечественной войны 1812 г. только только стала пускать свои первые ростки. Медицина в России зародилась как медицина военная, медицина практическая. Значительным толчком в зарождении и развитии военной медицины явилось создание регулярной армии, которая ведя непрерывные войны и находясь в длительных походах, терпела большой урон в людях как от огнестрельных ранений, так особенно и от различных болезней. Для уменьшения потерь в армии от болезней и для оказания помощи раненым во время сражения требовались лекари и подлекари, которые готовились в школах, созданных Петром I при военных госпиталях в Москве, Петербурге, Кронштадте. Эти школы выпускали лекарей-ремесленников, практических работников, не имевших, однако, достаточного теоретического медицинского образования. Медицинские факультеты при университетах к началу XIX столетия исчислялись единицами. Это были медицинские факультеты университетов Московского (1755 г.), Дерптского (1802 г), Виленского (1803 г.), Казанского (1804 г.) и, наконец, медицинский факультет Харьковского университета, основанного в 1804 г. Однако начало работы этих медицинских факультетов нельзя отождествлять с датами открытия университетов. О состоянии клинической подготовки врачей лучше всего рассказать словами Пирогова, поступившего на медицинский факультет Московского университета в 1824 г.

«Начав курс, — писал Николай Иванович, — я ни разу не упражнялся в препарировании, не видел ни одного трупа, не отпрепаровал ни одной мышцы, не делал ни одной операции, не исключая и кровопускания и выдергивания зубов, и даже не видел ни одной операции»[2].

Если в школах при военных госпиталях лекарей и подлекарей обучали только практическим навыкам, то на медицинских факультетах университетов в начале XIX столетия преобладала теоретическая подготовка, а практической и клинической подготовки обычно не было.

Медицинских обществ к началу Отечественной войны 1812 г. насчитывалось только два: Физико-медицинское общество, основанное медицинским факультетом Московского университета в 1802 г. (фактически открывшееся в 1805 г.)

---

[1] Продолжение следует.

[2] Н. И. Пирогов, Дневник старого врача соч., т. II, Киев, 1940, стр. 379—385.

и Медицинское общество, основанное медицинским факультетом Виленского университета в 1806 г.

В задачи этих обществ входило распространение медицинских знаний как среди членов общества, так и среди врачей, не входивших в общество. Так, например, Физико-медицинское общество при медицинском факультете Московского университета ставило своей целью:

«1. Распространять в отечестве разные полезные знания, касающиеся физических и врачебных наук. 2. Возбуждать, питать и подкреплять учреждения в сих науках, как между своими сочленами, так и между прочими соотечественниками. 3. Разрабатывать естественную историю и медицину» [1].

Медицинских журналов, издававшихся в России в разбираемый нами период, было три: «С.-Петербургские врачебные ведомости», которые начали выходить в 1792 г., «Медико-физический журнал» Московского университета, издаваемый в 1808 г., и «Всеобщий журнал врачебной науки», основанный в 1811 г. в Петербурге.

Таково было состояние медицинской науки к началу возникновения Отечественной войны 1812 г.

Военная медицина в русской армии к началу Отечественной войны 1812 г. насчитывала почти сотню лет своего существования. Основные положения о штатных медицинских работниках в войсках были регламентированы «Уставом воинским» Петра I в 1716 г. Этим уставом предусмотрено содержание лекарей в полках, доктора и штаб-лекаря в дивизии, а также организация полевых лазаретов. Однако нет сомнения в том, что врачи в войсках существовали уже значительно раньше: так, в 1616 г. в разрядном приказе впервые упоминается о полковом лекаре Полевые лазареты организовывались при дивизиях; гвардейские полки имели свои полковые лазареты или госпитали (шпитали). Наконец, высочайше утвержденными для комиссариатского правления регулами 9 января 1758 г. установлено содержание лазаретов при всех полках.

Военные госпитали, особенно в крупных городах — Москве, Петербурге, Кронштадте, Казани, Астрахани, были организованы в начале XVIII столетия. Московский военный госпиталь был основан в 1706 г., Петербургский адмиралтейский — в 1816 г., Кронштадтский адмиралтейский — в 1720 г., Казанский — в 1722 г., Астраханский — в 1723 г., Петербургский генеральный сухопутный — в 1733 г., Киевский военный — в 1769 г.

Опыт работы военной медицины в этих госпиталях, а также и в полках исчислялся десятками лет, однако он не изучался и не обобщался, несмотря на то, что необходимость в этом была очень большая.

В русской армии в 1807 г. числилось 860 153 человека, в 1809 г. — 732 713 человек, в 1812 г. — 770 504 человека; в 1814 г. численность армии достигала 1 188 022 человек.

Потребность во врачах, особенно в связи с Отечественной войной 1812 г., резко возросла. Рост численного состава армии вызывал необходимость открытия большого количества новых госпиталей, врачи требовались и для вновь формируемых полков и дивизий.

В военном ведомстве в 1806 г. значилось 768 врачей; к началу Отечественной войны 1812 г. военных врачей в армии было около 850 и фельдшеров около 1 200, тогда как по всей стране врачей насчитывалось не более 2 000.

Таким образом, почти 50% всех врачей находилось в армии.

Чрезвычайно крупным событием не только для военной медицины, но и для медицинской науки страны была организация в 1798 г. Петербургской медико-хирургической академии.

Параграф 1 утвержденного в 1808 г. устава академии гласил: «Академия есть ученое сословие, учрежденное для образования юношества во всех частях врачебной науки» [2].

Следует отметить, что академия имела задачей не только готовить врачей, но и заниматься наукой. В академии было предусмотрено три отделения: медицинское, ветеринарное и фармацевтическое. Однако клиническое преподавание в академии было поставлено также слабо. В 1806 г. были открыты только две клиники: терапевтическая и хирургическая. С 1808 г. Петербургская медико-

[1] Тихов П. И., Медицина в эпоху наполеоновских войн. СПБ. 1913, стр. 15.
[2] История Военно-медицинской академии. 1798—1898, СПБ. 1898, стр. 162.

хирургическая академия стала основным поставщиком врачей для армии. Окончили академию и ее московское отделение в 1808 г. 86 студентов, в 1809 г.—8 в 1810 г. — 62, в 1811 г. — 52, в 1812 г. — 101 и в 1813 г. — 44.

Крупные изменения произошли перед Отечественной войной 1812 г. Управлении военной медицины.

4 августа 1805 г. военная медицина была выделена из состава экспедиции Государственной медицинской управы департамента внутренних дел и включен в департамент военно-сухопутных сил. Для управления медицинскими делами при военном министерстве была создана должность генерал-штаб-доктора с медицинской экспедицией. Причины выделения военной медицины из департамента внутренних дел были изложены в докладной записке министра внутренних дел на имя царя.

Считаю не лишним привести некоторые выдержки из этой записки:

«Медицинское управление имеет целью сохранение человеческого здравия Сей предмет заключает как предупреждение, так и пользование болезней.

Единство цели требует единства управляющей власти, но в теперешнем медицинском управлении оно нарушено во многих отношениях. Так, например касательно Департаментов Военных Сухопутных и Морских сил средства, к пользованию больных употребляемые, представлены наблюдению министра внутренних дел, удобное же помещение больных в госпиталях, и лазаретах продовольствие их потребностей, как-то: одеждою, пищею и проч., кои, конечно составляют важнейшую часть врачевания с прочими предметами, относящимися до сохранения здравия, от военного начальства.

Управление всеми медицинскими делами по воинской части возложено на врачебные управы, а места сии не мало от воинского начальства не зависят, и быв привязаны к гражданской части, принадлежат по всем делам министерству внутренних дел» [1].

Трудно не согласиться с подобными доводами — они безусловно убедительны. Говоря о трудностях медицинского дела, министр внутренних дел далее в своей записке писал: «Многие причины лишают Медицинское управление способов удовлетворять надобностям Государства, и никогда не было возможности наполнять недостаток медицинских чинов. Впрочем, не может и сомнения состоять в том, что не от большого количества, но от искусства лекарей ожидать можно успешного врачевания, и довольно известно, что великое число лекарей не имеющих достаточных познаний, производят более зла, нежели пользы» «Для приобретения лучших людей в сем роде полагается улучшить их содержание, ибо настоящие оклады недостаточны для удовлетворения первейших потребностей. Ежели оклады сии увеличить, не переменяя штатов, издержки на дополнения нужные, чрезвычайно умножаются. Для сего и дабы со всевозможною бережливостью казны соединить некоторые поощрения для вступающих в службу, предназначается уменьшить настоящее штатное положение, побуждаясь между прочим на сие и по тому уважению, что, как выше сказано, недостаток в медицинских чинах отъемлет всякую возможность удовлетворить штатному положению».

Царь утвердил представление министра внутренних дел. Было признано, что один лекарь может вести 60 больных. В полках количество врачей определялось количеством батальонов. Правовое положение врачей было улучшено.

27 января 1812 г. было образовано Военное министерство с департаментами артиллерийским, инженерным, аудиторским, инспекторским, комиссариатским провиантским и медицинским.

Медицинский департамент имел два отделения: первое отделение ведало медицинскими делами, второе — аптекарскими делами. В отделении были предусмотрены «столы». Так, например, отделение медицинских дел имело три стола Первый стол ведал приемом на службу, распределением, переводом, награждением и увольнением медицинских чиновников, обучением и распределением фельдшеров. Второй стол этого отделения ведал учетом больных в полках, госпиталях, военно-сиротских домах, крепостях и т. д., наблюдением за правильностью лечения больных, вел статистику повальных и прилипчивых болезней составлял указания и наставления по профилактике и лечению их. Третий стол ведал охраной здравия солдат на квартирах, в казармах, в лазаретах и в походах, организовывал и содержал заведения для прививки оспы солдатским

[1] Архивные материалы Военно-медицинского музея (в копиях).

детям, организовывал и содержал ветеринарное училище и ведал делами, относящимися к полевой хирургии.

21 января 1812 г. были утверждены учреждения для управления большой действующей армией.

Дело военной медицины было рассредоточено в двух управлениях: в управлении главного доктора и в управлении директора военных госпиталей. Оба эти управления подчинялись дежурному генералу. При дежурном генерале было четыре отделения, причем четвертое отделение ведало госпиталями и осуществляло руководство их устройством и надзором за ними, вело списки умерших, ведало эвакуацией больных, освидетельствованием заболевших, а также распределяло священников.

Второе отделение при дежурном генерале руководило военной полицией, которая во время сражения выносила раненых и собирала убитых.

На директора военных госпиталей возлагались двоякого рода задачи — хозяйственные и медицинские. В области хозяйственных задач в его ведение входило распределение и увольнение комиссаров, надзирателей и служителей при госпиталях, управление госпиталями, получение всех отпускаемых на содержание госпиталей сумм и распоряжение ими, заготовка продуктов и хозяйственных предметов для госпиталей и заключение контрактов с подрядчиками. В области медицинской он распределял и увольнял медицинских чиновников и аптекарей с их помощниками, выбирал места дислокации госпиталей и снабжал их медикаментами.

Главный доктор руководил главным медиком, главным хирургом, главным аптекарем и занимался лечением высших чинов при главной квартире. Он был начальником всех медицинских чинов и аптекарей, имел прямое отношение к выбору места дислокации госпиталей. Главнейшей его обязанностью было принимать все меры к быстрейшему оказанию помощи раненым и больным и руководить профилактическими мероприятиями в войсках, особенно в области гигиены. Все указания и наставления в области гигиены, а также в области лечебных мероприятий, до представления через дежурного генерала главнокомандующему, должны были рассматриваться медицинским советом.

Параграф 232 положения о главном докторе армии обязывал главного доктора во время сражения находиться при развозочных госпиталях, где он должен был руководить подачей помощи раненым и производством хирургических операций.

Параграф 235 положения обязывал главного доктора приставлять лекарей к раненым и больным, оставляемым при необходимости на волю и попечение неприятеля.

Госпитальные и полковые врачи обязывались через каждые 7 дней доносить главному доктору армии сведения о состоянии госпиталей и о числе поступивших и выписанных больных. Главный доктор должен был эти сведения ежемесячно докладывать главнокомандующему через дежурного генерала и доносить в медицинский департамент. Для решения важнейших вопросов, относящихся к делам медицинским, был образован медицинский совет, в состав которого входили чиновники, подчиненные главному доктору и директору военных госпиталей.

Корпусные и дивизионные доктора и штаб-лекари во время сражения обычно находились при госпиталях или отделениях госпиталей и руководили лечебной работой. Врачи, работавшие в госпиталях, подчинялись во всех отношениях корпусным и дивизионным докторам и штаб-лекарям.

Положение о временных военных госпиталях при большой действующей армии предусматривало три категории госпиталей, а именно: главные военные госпитали, подвижные госпитали и развозные госпитали. Главные временные военные госпитали предназначались для лечения раненых и больных, поступающих из лечебных учреждений действующих корпусов и отрядов. Они располагались линиями за подвижными госпиталями. Подвижные госпитали предназначались для лечения больных и раненых во время движения армии и неотступно следовали за войсками. Располагались они за центром и флангами армий в несколько линий.

Развозные госпитали предназначались для оказания первой помощи раненым на месте сражения и дальнейшей перевозки их в подвижные госпитали. Они имели в своем составе необходимый штат медицинских и хозяйственных чиновников, определенное количество подвод и были оснащены всем необходимым

для транспортирования раненых и больных и оказания им хирургической и терапевтической помощи.

Больные кожными и венерическими болезнями должны были направляться непосредственно из частей в главные временные госпитали, минуя развозные и подвижные госпитали первой линии.

Предусматривалась необходимость использования гражданских больниц для лечения раненых и больных военнослужащих.

В основу всех расчетных данных, необходимых для исчисления количества медицинских и хозяйственных чиновников, а также медицинского имущества и предметов хозяйственного обихода, было положено предположение, что число больных может составить десятую часть всей армии. При этом было установлено, что на 200 больных должен быть один медик или лекарь с шестью лекарскими учениками. На каждые 100 больных полагался госпитальный пристав а на каждые 10 больных, кроме того, полагался один больничный надзиратель.

Право устанавливать потребное количество главных временных военных госпиталей было дано военному министру. При этом предполагалось, что будут учитываться численность армии и особенности предстоящей войны. Количество же подвижных и развозных госпиталей устанавливал командующий армией, исходя из количества корпусов, отдельных отрядов или команд и их численности.

Подвижные и развозные госпитали, согласно положению о временных военных госпиталях, находились под особым надзором главного военного комиссара.

Положением о временных военных госпиталях предусматривался порядок их расположения, оснащения, порядок эвакуации и содержания в них больных и раненых. Подвижные госпитали, как правило, должны были размещаться в казенных, общественных или обывательских домах. В крайнем случае допускалось размещение в палатках, шалашах и землянках. Палаты для раненых и больных не должны были быть большими. Даже для подвижных госпиталей первой линии в этом отношении были поставлены ограничения. Так, например, в одной палате допускалось размещение никак не более 30 больных. При этом было оговорено, что размещение такого количества больных возможно не более чем на 24 часа.

Раненые и больные из госпиталей первой линии в случае их переполнения подлежали немедленно эвакуации в подвижные госпитали второй или третьей линии.

Во временных госпиталях по табелю полагались деревянные кровати или нары, матрацы, простыни и одеяла. В главных военных госпиталях полагался «полный прибор постелей», в то время как для подвижных госпиталей предусматривалась возможность иметь «прибор неполный», который состоял из матраца и одеяла.

В положении было строго и безоговорочно указано, что «ни в коем случае и ни в каком месте больные и раненые не должны лежать на земле». Для главных и подвижных госпиталей положение предусмотрело даже расстояние между кроватями или постелями. Допускалось, при крайнем уплотнении, расстояние до 2—3 футов между койками, т. е. 0,75 м. В главных и подвижных госпиталях второй линии предусматривались отдельные палаты для выздоравливающих; при необходимости, кроме того, особо выделялись еще две палаты: одна для пораженных «антоновым огнем», другая для «одержимых прилипчивыми» болезнями. В каждом госпитале предусматривалось отделение для штаб- и обер-офицеров.

Положение запрещало принимать во временные военные госпитали раненых и больных без санитарного билета. Это правило не распространялось на дни сражений.

Перевод больных и раненых из одного госпиталя в другой мог производиться как на повозках, так и пешком. Медицинским чиновникам запрещалось направлять нетранспортабельных раненых из одного госпиталя в другой. Лекарь предназначенный для сопровождения транспорта, имел право отказаться от погрузки тяжело больных и раненых, которые, по его мнению, не могли вынести эвакуацию. Сопровождающий персонал в лице медицинских и хозяйственных чиновников, а также больничных надзирателей выделял тот госпиталь, из которого эвакуировались раненые и больные. Конвой для сопровождения транспорта выделял военный начальник. Именные списки эвакуируемых находились у офицера или унтер-офицера конвойной команды. По прибытии транспорта к месту

назначения раненые и больные сдавались комиссару госпиталя по именному списку под расписку.

Охрана порядка в пунктах расположения главных и подвижных госпиталей возлагалась на начальников соответствующих гарнизонов. Внутренний распорядок в госпиталях поддерживался распоряжениями военного комиссара госпиталя, которому подчинялись эконом госпиталя, приставы, надзиратели и служители. Больные и раненые военнослужащие, находящиеся на излечении, подчинялись военному комиссару госпиталя.

Для оказания медицинской помощи в нерабочее время назначались дежурные лекари из расчета один лекарь на каждые 300 больных и раненых. Право принятия на лечение раненых и больных, а также выписки их из госпиталей по окончании лечения предоставлялось военному комиссару госпиталя.

Развозные госпитали производили эвакуацию раненых и больных только з те подвижные госпитали, которые им заблаговременно указывались.

Эвакуация раненых и больных должна была происходить последовательно из госпиталя в госпиталь, по «системе дренажа», как мы сейчас это называем, причем в положении указывалось на недопустимость эвакуации тяжело раненых, которые не могли перенести транспортировку. Одновременно положением предусматривалось оставление легко раненых и больных в госпиталях, ближайших к фронту. Однако, вследствие недостатка транспорта, неизбежно возникало обратное явление: госпитали, расположенные ближе к фронту, обычно переполнялись ранеными, а подвод для эвакуации нехватало, поэтому эвакуация раненых и больных, способных следовать пешком, имела широкое распространение.

Для обеспечения действующих войск и госпиталей медицинским имуществом предусматривались запасные аптекарские магазины, главные подвижные аптеки, передовые аптеки и вспомогательные аптечные заведения. Все дело снабжения медицинским имуществом было сосредоточено в Аптекарском управлении, которое возглавлял аптекарский инспектор. Запасные аптекарские магазины должны были снабжать медицинским имуществом подвижные аптеки, временные госпитали и полки. Они имели два отделения: постоянное и подвижное. Подвижное отделение следовало за армией.

Для того чтобы закончить характеристику состояния военной медицины перед Отечественной войной 1812 г., нам остается рассмотреть состояние лечебного дела. В 1806 г. главный медицинский инспектор Яков Вилье по приказанию Александра I выпустил «Краткое наставление о важнейших хирургических операциях». В этом небольшом наставлении перечислялись инструменты, содержащиеся в батальонных, полковых и корпусных ящиках, а также приводился перечень операций с описанием техники их выполнения и с указанием необходимых для каждой операции хирургических инструментов. Большинство хирургических операций, приводимых в наставлении, не имело прямого отношения к военной медицине, например: извлечение бельма, перевязывание полипов, операция заячьей губы, просверливание сосцевидного отростка, вырезывание женской груди, усечение уда и т. д.

Однако этот перечень хирургических операций начинается с описания лечения ран. Каково же было представление об огнестрельных ранениях? В наставлении говорилось, что огнестрельные ранения сопровождаются ушибом и размозжением тканей, кровотечением, воспалением, нагноением, «антоновым огнем» и «нечувствительностью». При лечении ран рекомендовалось расширение входных и выходных отверстий, наложение контрапертур в случаях, когда необходимо обеспечить отток гноя, извлечение инородного тела или отломков костей, а также для борьбы с воспалением. При наличии гнойных свищей рекомендовалось пользоваться «заволокой», т. е. введением в свищевые каналы пучков нитей; по мнению автора, «заволока» должна возбудить сосуды и ускорить выход инородного тела.

Раны, проникающие в полости брюшины или груди, автор наставления не рекомендует зондировать и расширять, «если время и другие признаки не докажут присутствия там излитой и осевшейся крови или другой жидкости, либо и воздуха».

Свежие рубленые и колотые раны без повреждения костей и сосудов после очистки их от спекшейся крови и остановки кровотечения рекомендовалось зашивать кровавым швом или же стягивать края раны полосками липкого пластыря. Кровавый шов накладывался изнутри раны, концы тесемок обрезались

не у самого узла. По окончании шва на рану накладывалась повязка, которая подлежала смене через 3—4 дня. В наставлении говорилось о плохом предсказании при ранениях головы, грудной клетки и брюшины. Кроме трепанации черепа, никаких методов борьбы с повышением внутричерепного давления не предусматривалось.

Говоря о плохом предсказании при огнестрельных ранениях груди, автор наставления писал: «Грудные раны бывают опасны, потому что легкие более или менее стеснены».

Не предусматривалось никаких мер борьбы с кровотечением из крупных сосудов и паренхиматозных органов при полостных ранениях. Автор писал о том, что смертельно «кровотечение из больших сосудов или важных органов (например, печени, селезенки, почек и пр., по причине потери великого количества крови». «Остановление ее (т. е. крови) почти никакой пользы принесть не может, разве только на весьма короткое время отдалит смерть».

Говоря об операциях «прободения груди», автор писал: «Буде же материя находится вверху груди, то, сделав на оном месте отверстие, впусти согнутый длинный зонд, придерживая его всегда к грудной плеве, до самого дна грудной полости или до дна места накопления жидкости, где над концом оного между ребрами наружи прижатым сделай противуотверстие, через которое материя могла бы истекать».

Заслуживают внимания указания автора о производстве ампутации. Говоря об ампутации гильотинным методом, автор поучал: «Артерии перевяжи простым мужским узлом, оставляя при каждой из них довольно длинные, один с другим связанные концы перевязочных тесемочек». Края ампутационной раны стягивались полосками пластыря, после чего накладывалась повязка. Рекомендовалось на 8—10-й день от момента хирургической операции «без всякого насилия» извлекать лигатуры».

В 1809 г. вышла книжка «О пользе и предметах военной гигиены» проф. Матвея Мудрова. В этой книжке автор изложил учение о сохранении здоровья военнослужащих. Начиная книжку, проф. Мудров писал: «Солдат жертвует всем своему отечеству: трудами, кровью и самою жизнью. Для пользы его пожертвуйте мне несколькими минутами; я коснусь его подвигов и болезней... Воеводы нынешнего времени собирают под знамена свои на поле бранное не десятки, но и сотни тысяч избранных ратников. Воинствующий народ, сколь бы ни был многочислен, чувствует потерю лучшего юношества...» «Воинствующий народ заслуживает всеобщую благодарность вашу, т. е. он стоит и требует того, чтобы найдены и употреблены были все способы к облегчению жребия его и к сохранению его здравия, ибо здравие дает храбрость, а храбрость — победы».

Эта небольшая книжка, второе издание которой вышло в 1813 г., сыграла большую роль в деле охраны здоровья армии. Нужно подчеркнуть, что проф. Мудров, будучи деканом медицинского факультета Московского университета, обучал своих студентов-медиков не только терапии и гигиене, но и полевой хирургии. Он был образованнейшим человеком своего времени и составляет гордость медицины нашей родины.

Так обстояло дело с состоянием военной медицины перед Отечественной войной 1812 г., такова была подготовка медицинской службы к войне.

Мы не намерены сколько-нибудь подробно рассматривать состояние лечебно-эвакуационного и гигиенического обеспечения большой действующей армии. Однако следует отметить, что от предположения до фактического осуществления предположения еще очень далеко и расстояние это порой трудно преодолимо. Писать легче, чем руководить, исполнять, осуществлять. Это относится особенно к военно-медицинским проблемам.

Главный медицинский инспектор Яков Виллье в своем письме Александру 17 июля 1812 г. писал:

«...большая часть раненых офицеров и солдат остается после первой повязки без подаяния последующей помощи».

Участник войны 1812 г. Я. И. Говоров, будучи старшим врачом лейб-гвардии Литовского полка, побывал во многих сражениях и оставил нам свои впечатления как о судьбах раненых, так и о работе военных врачей в своем труде «Всеобщая история врачебного искусства и опыт краткого врачебного обозрения кампании 1812—1815 гг.». Он писал: «Поток затруднительный, из всех пограничных госпиталей предпринятый, транспорт больных в лазаретных фурах или

в простых телегах в самое знойное время года, при недостатке нужнейших пособий и при невозможности выполнить план лечения по правилам искусства поставлял военных врачей в такое положение, которое тогдашнюю практику их очень занимательною делает. Наконец, нещастное состояние воинов на окровавленных полях сражений, начиная с важнейших: Смоленского, Бородинского, Тарутинского, при Малом Ярославце, Красном и Березине, а равно при Полоцке, Клястицах и прочих, до изгнания неприятеля за границы по 1813 год, являет ужаснейшие и купно поучительнейшие позорища для внимательных врачей. Не станем здесь описывать тех страдальцев, которые, при стечении неблагоприятных обстоятельств, быв лишены даже легкого вспоможения, испустили дыхание по долговременном борении со смертию, среди ужасных пустынь. Ежели мы только войдем в те обстоятельства, при которых оставшие поле сражения воины находились, представим себе потерю крови их через раны, время, через которое они оставались без перевязки, затруднения при делании операций от бесчисленного множества раненых, также те бесчисленные бедствия, которые они потерпели, оставшись пленными, как то было в Москве, то откроется пространное поле для практических врачебных рассуждений, и каждый из помянутых случаев оживит в душе военного врача богатые идеи, даст бесценные материалы для военной врачебной истории, обогатит и усовершенствует медико-хирургические познания».

Эта страница прошлого военной медицины блестяще дополняет изложенное мной содержание положений и наставлений, согласно которым многие намереваются судить о состоянии военной медицины в войне 1812 г. Из данных другого участника войны 1812 г. врача Лодера, ведавшего военными госпиталями в Касимове и Елатьме, явствует, что за период с 14 сентября 1812 г. по 26 мая 1813 г. в эти госпитали поступило 30 126 больных; за это же время вернулось в строй 23 420 человек, что составляет почти 77%, умерло 2 695 человек, или 7%. Но при этом нужно учесть, что основная масса раненых поступала в эти госпитали после Бородинского сражения, а нам хорошо известно, что после великой битвы на поле боя осталось около 10 000 самых тяжелых раненых, да кроме того, более 2 000 тяжело раненых осталось в Москве после ее оставления. Следовательно, несомненно, что основная масса раненых, поступивших в Касимов и Елатьму, имела легкие ранения. И, несмотря на это, смертность среди них, как видите, достигала 7%.

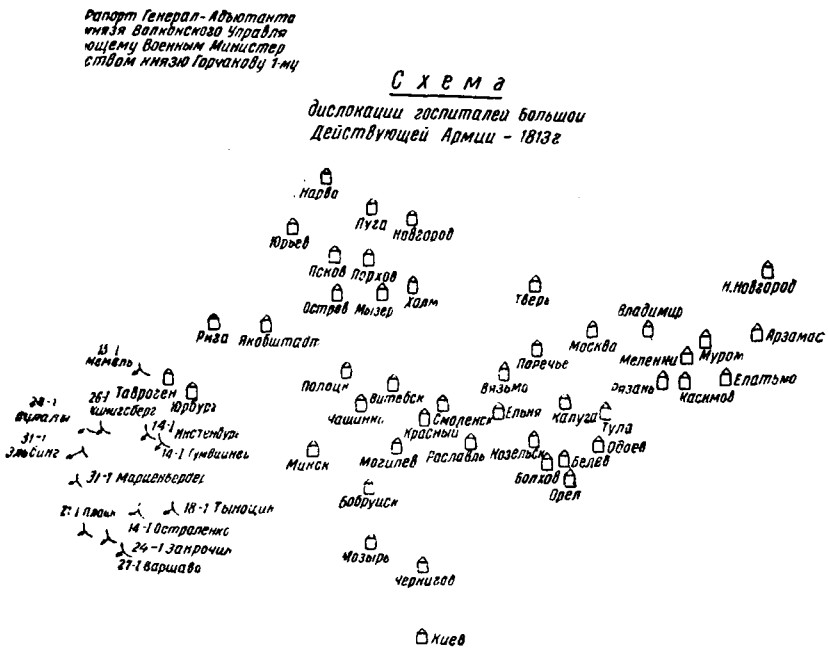
Госпитали, дислоцированные в Касимове и Елатьме 21 января 1813 г., составляли восточную границу госпиталей, развернутых для лечения раненых и больных, поступавших из развозных и подвижных госпиталей В январе войска Кутузова взяли Невель, Пиллау, Кенигсберг, Инстербург, Гумбинен, Остроленку, Плоцк, Закрочим, Варшаву. Следовательно, эвакуация раненых и больных, начиная с 1813 г., происходила в госпитали, расположенные главным образом западнее линии Москва—Орел (см. схему). Обращает на себя внимание то обстоятельство, что никаких эвакуационных органов в это время не было предусмотрено, хотя военные временные госпитали были развернуты на территории, распространявшейся по фронту от Нарвы до Киева и вглубь от Таврогена до Нижнего-Новгорода.

Именным указом от 16 июня 1813 г., объявленным инспекторскому департаменту управляющим Военным министерством, о своде в корпуса резервной армии через сборные пункты выздоравливающих выписываемых из госпиталей нижних чинов предлагалось собирать: из госпиталей, расположенных в Пскове и Порхове, — в Остров, Опочку, из Опочки в Себеж и далее в Вильно. В Вильно же направлялись выздоровевшие из госпиталей, расположенных в Динабурге и Полоцке. Из госпиталей, расположенных в Холме, Великих Луках и Торопце, выздоровевшие направлялись в Витебск. Из госпиталей, расположенных в Твери, Старице, Зубцове, Белом и Духовщине, выздоровевшие направлялись в Смоленск. Туда же направлялись выздоровевшие из госпиталей Вязьмы, Юхнова, Дорогобужа и Ельни. Из госпиталей, расположенных в Арзамасе, Муроме и Елатьме, выздоровевшие направлялись в Касимов, Рязань, Тулу, Козельск, а из Козельска в Жиздру, Рославль, Мстислав и Могилев Из госпиталей Болхова и Орла выздоровевшие направлялись в Трубчевск, Стародуб, из Стародуба в Рогачев, из Рогачева в Бобруйск. В Бобруйск же направлялись выздоровевшие из госпиталей Чернигова и Речицы. Из госпиталей, расположенных в Переяславле, раненые направлялись в Киев, из Киева в Житомир, из Житомира

в Новоград-Волынск, из Новоград-Волынска в Ровно, из Ровно в Дубно, и Дубно в Луцк.

В этих конечных пунктах располагались корпуса резервной армии; отсюда все выздоровевшие раненые и больные отправлялись на сборные пункты: Белосток, Слоним, Несвиж, Пинск и Ковель.

На основании устава от 21 марта 1828 г. изданных в 1829 г правил «об учреждении при действующей армии подвижных и временных Военных Госпиталей, снабжении оных и управлении по части Хозяйственной и Медицинской» была произведена реформа организационно штатной структуры госпиталей. При этом развозные госпитали были упразднены, а вместо них вводились корпусные подвижные госпитали. Кроме того, предусматривались временные полевые госпитали. Штатная емкость корпусных подвижных госпиталей предусматривалась на 150 раненых и больных. Однако количество врачей в этих госпиталях явно не соответствовало количеству предусмотренных штатом госпитальных мест. Помимо старшего доктора в корпусном госпитале по штату предусматривалось 6 лекарей и 7 фельдшеров. Такое несоответствие объясняется тем, что корпусные подвижные госпитали должны были выделять лекарей и фельдшеров для сопровождения раненых на транспортах. Количество лекарей и фельдшеров, выделяемых для сопровождения транспортов, в каждом случае определялось в зависимости от числа эвакуируемых раненых и больных и их состояния. Нужно оговориться, что, согласно положению, лекари и фельдшеры выделялись в корпусные подвижные госпитали или из полков и команд, или из корпусного депо медиков распоряжением корпусного штаб-доктора через посредство корпусного госпитального комитета.



В корпусных подвижных госпиталях предусматривался специальный транспорт в количестве 50 повозок, предназначенных для эвакуации раненых и больных в ближайшие временные полевые госпитали.

Во время сражений корпусные подвижные госпитали должны были размещаться возможно ближе к центру корпуса с тем, чтобы иметь возможность быстро оказывать медицинскую помощь раненым, а в случае опасности со стороны врага «включаться в каре», образуемое войсками для отражения неприя-

теля. В корпусных госпиталях задерживать раненых и больных не разрешалось. Старшим доктором корпусного подвижного госпиталя обычно назначался один из дивизионных докторов. Выбор места дислокации корпусного подвижного госпиталя в предвидении сражения производился старшим доктором с обязательным последующим утверждением начальником штаба корпуса.

При лечении раненых, поступающих в корпусные подвижные госпитали, старшему доктору, а следовательно, и лекарям вменялось в обязанность производить тщательное исследование ран при перевязке и удалять инородные тела.

Сбор раненых и попечение об их содержании лежали на ответственности смотрителя команды. В корпусном подвижном госпитале предусматривались депо перевязочных материалов для пополнения израсходованных запасов полков и отрядов, а также и транспорт для эвакуации раненых.

Временные полевые госпитали делились на четыре класса. Первый класс имел штатную коечную емкость на 150 раненых и больных, второй класс — в два раза больше, третий класс — в четыре раза больше (на 600 человек) и четвертый класс — в восемь раз больше (на 1 200 человек).

Количество потребных госпиталей, а также установление их классов определялись главнокомандующим армией.

Временные полевые госпитали развертывались на коммуникациях армии, на военных дорогах. Они располагались последовательными линиями. Госпитали, располагавшиеся ближе к войскам, были наименьшей емкости; по мере удаления в тыл емкость госпиталей увеличивалась. Во временные полевые госпитали первой линии должны были поступать раненые и больные не только из корпусных подвижных госпиталей, но и непосредственно из полков и команд. Учитывая это, положением предусматривалась непрерывная эвакуация раненых и больных из полевых временных госпиталей первой линии в госпитали второй линии. В госпиталях первой линии разрешалось задерживать только тех раненых, которые не нуждались в сколько-нибудь длительных сроках лечения. Временные полевые госпитали третьей линии должны были располагаться в районе исходного положения действующей армии для похода или марша. Они должны были быть всегда готовыми к приему раненых и больных из госпиталей второй линии, а поэтому все нуждавшиеся в длительных сроках лечения эвакуировались из них в непременные госпитали. Следовательно, эвакуация раненых и больных, согласно реформе штатно-организационной структуры медицинской службы 1828—1829 гг., основывалась на «дренажной системе».

Предусмотренная положением система управления временными полевыми госпиталями была чрезвычайно сложна. Кроме главного госпитального комитета, полевого управления временных госпиталей, комиссариатских и медицинских департаментов Военного министерства, положением предусматривались особые местные военные начальники, которые были обязаны руководить действиями старшего доктора и смотрителя госпиталей, а также следить за порядком в госпиталях и правильностью расходования имущества.

Многие правительственные учреждения имели непосредственное отношение к организации подвижных и временных госпиталей. В военном министерстве к формированию госпиталей имели отношение комиссариатский и медицинский департаменты; в главном штабе к этому имели отношение инспекторский департамент и полевое управление госпитальной части действующей армии с главным госпитальным комитетом; в министерстве внутренних дел — медицинский департамент.

Эта реформа была проведена в результате изучения опыта медицинского обслуживания войск в прошедших сражениях и особенно во время Отечественной войны 1812 г.

30 января 1833 г. было утверждено положение об учреждении кадров временных военных госпиталей. В мирное время кадры временных госпиталей с целью ускорения их формирования состояли при постоянных госпиталях.

29 марта 1836 г. было утверждено положение о главном инспекторе медицинской части армии. Это положение устанавливало непосредственное подчинение главного медицинского инспектора главнокомандующему. На военное время ему было предоставлено право назначения медицинских чиновников и от-

странения их от должностей, причем все его указания подлежали обязательному исполнению генерал-штаб-доктором армии. Инспектор имел право представлять к награждению отличившихся медицинских чиновников, а допустивших злоупотребления по службе—предавать суду. Он был обязан вести надзор за порядком и устройством медицинского управления в армии, за оказанием своевременной помощи раненым и их эвакуацией. Ему разрешалось создавать под своим председательством комитет из числа медицинских чиновников для обсуждения важнейших вопросов, относящихся к профилактическим и лечебным мероприятиям в войсках.

Однако было бы упущением с нашей стороны, если бы мы не сказали о взглядах на лечение огнестрельных ранений, которые существовали в то время и которые были основаны на опыте работы военных врачей в Отечественную войну 1812 г. и последующих войнах.

В 1836 г. вышла в свет «Военно-походная медицина», содержавшая пять частей. Этот труд был одобрен главным по армии медицинским инспектором, медицинским советом министерства внутренних дел и Медико-хирургической академией. Автором «Военно-походной медицины» был лейб-гвардии Егерского полка полковой штаб-лекарь, доктор медицины и хирургии, коллежский советник и кавалер Аким Чаруковский.

Часть четвертую своего труда, названную «Лечение раненого солдата вообще», автор начал словами: «При составлении подробного описания ран я особенно руководствовался сочинениями Геннена, Ларрея и Дюпюитрена и изустными советами моего почтенного наставника И. Ф. Буша».

В том же введении автор говорит, что он еще раз просмотрел написанный им труд после выхода в свет в 1834 г. книжки Дюпюитрена: «Практическое и теоретическое руководство по лечению военных ранений». При этом он обращает особое внимание читателей на разделы, касающиеся заживления ран, редких перевязок, скручивания артерий, лечения огнестрельных переломов и «госпитального помертвения», как содержащие «довольно нового», но «недостаточно утвержденные опытом».

Автор делил раны на огнестрельные и нанесенные холодным оружием. Ушибленная огнестрельная рана, по мнению автора, трудно подвергалась заживлению, почему и метод лечения этой категории ран устанавливался особый. Резаные и рубленые раны рекомендовалось лечить «скорым соединительным способом». Автор писал: «Скорость заживления раны, простота лечения, спокойствие для раненого и малая трудность для хирурга составляют превосходство сего способа. Вместо сложных мазей, острых примочек, скучных и частых перевязок, равномерное и спокойное содержание в соприкосновении губ раны составляет все условия к успешному заживлению сих ран».

Лечение колотых ран рекомендуется производить без первичного рассечения: Автор подвергает критике хирургов, которые, опасаясь «припадков», делали глубокое рассечение и превращали колотую рану в резаную. Подобный образ действий автор оправдывал лишь в том случае, когда происходило нагноение и когда в ране имелось инородное тело. В случаях нагноения ран считалось целесообразным прибегать к контрпертурам в целях создания благоприятных условий для оттока гноя и удаления инородных тел.

Рекомендовалось применять два вида швов на рану: сухой и кровавый. Сухой шов производился посредством сближения краев раны полосками липкого пластыря. При наложении лепточек липкого пластыря оставляли промежутки между ними для обеспечения оттока гноя. Кровавый шов рекомендовалось применять на глубоких ранах и на ранах губ, неба, век. Однако автор подчеркивает вредность наложения кровавых швов в тех случаях, где имеется сомнение в возможности заживления раны первичным натяжением. Приводя показания к наложению сухого и кровавого швов, автор отдает предпочтение сухому.

Смена повязок осуществлялась им через 3—4 дня, причем этому правилу придавалось особое значение. Нарушение сроков перевязок допускалось в тех случаях, когда необходимо было остановить кровотечение или уменьшить боли вызванные тугой повязкой или другими причинами. При смене повязок предлагалось применять теплую воду в случаях, когда повязка присыхала к ране.

Говоря о сроках перевязки гнойных ран, автор писал: «Вернейшее показание, что пора снять первую перевязку, состоит в появлении сквозь перевязочный снаряд наружу гноя и в отставании самой перевязки».

Заслуживает упоминания следующая рекомендация автора: «Боли, продолжающиеся по заживлению раны и идущие по направлению известного нерва, лечить путем полной перерезки нерва ниже и выше раны».

Лечение рваных ран рекомендовалось производить, в зависимости от течения, или путем кровопускания (пиявки, кровососные банки), или холодными примочками, мягчительными припарками, возбуждающими и успокоительными средствами.

Излагая учение об огнестрельных ранениях, автор подчеркивает, что при диагностике сквозных ранений нельзя руководствоваться только расположением входного и выходного отверстий. Огнестрельные ранения с повреждением костей рассматриваются автором как тяжелые, и процент выздоровления при них едва достигает 25. Поэтому он рекомендует в тех случаях, когда огнестрельные ранения сопровождаются раздроблением кости, прибегать к ампутации. Говоря об исходах огнестрельных ранений, с повреждением костей, автор писал: «По вычислению Перси, от сопряженных переломов из 10 раненых едва двое выздоравливают, а по наблюдению Гутри из 16 едва один выздоравливает так, что нога его остается сколько-нибудь способной к употреблению, $^2/_3$ из таких раненых умирают, несмотря на то, была ли сделана им операция, или нет. Остальные выздоравливают с неспособными к употреблению членами, составляющими для них источник мучения на целую жизнь».

Огнестрельные ранения суставов с раздроблением костей причислялись к разряду повреждений, влекущих за собой ампутацию конечности. Ранения с повреждением сосудов грудной и брюшной полости, по мнению автора, обычно оканчиваются смертью. Осложнения огнестрельных ран делились на общие и местные. К общим относились «ранняя горячка» и «нервные припадки», к местным — ушибы, кровотечение, воспаление, нагноение, рожа, «помертвение», излияние крови и «посторонние тела». Кровотечение делилось на артериальное и венозное, внутреннее и наружное, первичное и вторичное. Для борьбы с кровотечением автор рекомендовал: «турникет, перевязывание сосудов, холодный и свежий воздух, вода, едкие и стягивающие средства, прижигание раскаленным железом, прижатие, губка и скручивание артерии».

Автор уделяет много внимания вопросам выбора шелка или кишечной струны для перевязки сосудов, а также уровня отрезывания концов ниток, оставляемых после перевязки сосуда. Приводя взгляды русских и иностранных хирургов на эти вопросы, автор пришел к заключению о необходимости отдать предпочтение кетгуту перед шелком и отрезать нитки непосредственно около узлов шва.

Говоря об остановке кровотечения раскаленным железом, автор советует применять его лишь в тех случаях, когда нельзя ни прижать, ни перевязать малую артерию.

Удаление инородных тел рекомендовалось делать в перевязочных пунктах на поле сражения при производстве перевязок. Эта задача являлась второй после остановки кровотечения. Третьей задачей врачей, работавших на перевязочных пунктах, по мнению автора, было «лечение самой раны и лечение ее припадков».

Приводя мнение Дюпюитрена о необходимости рассекать рану и противоположное этому мнение Геннена, автор писал: «Всякую огнестрельную рану, по существу своему не способную к заживлению через первое натяжение, должно лечить через нагноение». Следовательно, в этих случаях рана должна была рассекаться.

Транспортной иммобилизации уделялось мало внимания. Автор писал: «Перевязка раненых, отправляемых в дальние госпитали, должна быть накладываема несколько крепче обычного. По наложении повязки больного нужно привести в положение, которое доставляло бы ему возможное облегчение». При огнестрельных переломах рекомендовалось применять лубки.

★

Генерал-майор медицинской службы Ф. А. ХОДОРКОВ

ОЧЕРЕДНЫЕ ЗАДАЧИ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЙСК

Организация лечебно-эвакуационного обеспечения войск в четвертом год Великой отечественной войны должна быть подчинена наступательному характеру боевых операций Красной Армии. Опыт, приобретенный медицинской служ бой в летнюю кампанию 1944 г., говорит о настоятельной необходимости внест изменения дислокации фронтовых госпитальных баз в исходном положении Стремительные наступления Красной Армии, быстрые темпы продвижения войс требуют от медицинской службы такой организации фронтовой госпитально базы, которая позволила бы не только обеспечить прием и своевременную ква лифицированную медицинскую помощь раненым в исходном положении, н и беспрерывное сопровождение госпиталями войск на протяжении всей операции

Важной особенностью лечебно-эвакуационного обеспечения войск в совре менных условиях является и то, что почти в течение всей операции эвакуаци раненых и снабжение медицинских учреждений должны проводиться автомобиль ным транспортом по грунту, так как железные дороги разрушаются врагом и во становление их возможно лишь к концу операции.

Во многих прежних наступательных операциях, проводимых Красной Армией, когда продвижение войск в течение операции достигало 100, максимум 150 км, возможно было организовать медицинскую службу следующим образом.

1. Армейские госпитальные базы освобождались и находились в состоян полной готовности к приему раненых, причем некоторая часть госпиталей остав лялась в резерве для маневра или обеспечения работы на следующем этапе.

2. Фронтовые госпитальные базы также максимально освобождались о раненых и были готовы к приему раненых из армейских госпитальных ба Иногда некоторая (обычно небольшая) часть госпиталей находилась в резерв

3. Принимались меры (далеко не всегда эффективные) к подаче постоянн военно-санитарных поездов во фронтовые госпитальные базы для эвакуац раненых, подлежавших лечению в глубоком тылу, что и должно было обес чивать возможность бесперебойного приема в фронтовую госпитальную базу.

При этой схеме можно было обеспечить бесперебойный прием раненых и МСБ в исходном положении; затем при продвижении войск на 30—40 км впер выбрасывались резервные армейские госпитали, вновь обеспечивая прием ран ных из МСБ.

Движение фронтовых госпиталей вперед во время самой операции произв дилось редко, так как загрузка железных дорог оперативными и снабжен ческими перевозками не позволяла быстро произвести переброску госпитал В процессе всей операции длина грунтового участка эвакуации достига 100—120 км, что при наличии хороших дорог обеспечивало возможность дос точно ранней доставки раненых в армейские госпитальные базы.

В этих случаях широко использовался обратный порожняк автотрансп

Уже в период фронтовых наступательных операций в 1944 г. в Белорус такая схема не могла удовлетворять, так как значительное расстояние, пройд ное войсками во время операции, не позволяло дислоцировать фронтовые гос тальные базы, как это делалось раньше.

Вот почему, исходя из опыта организации фронтовой госпитальной базы, п лученного нами летом текущего года, руководство Главвоенсанупра д обеспечения наступательных действий войск, рассчитанных на значительн продвижение, предложило организовать медицинскую службу по следующ схеме:

1. Армейские госпитальные базы в исходном положении должны быть полностью освобождены от раненых и больных и находиться в свернутом состоянии.

2. Головные коллекторы фронтовых госпитальных баз должны быть развернуты в армейском районе, подготовлены к приему раненых непосредственно из МСБ и ППГ первой линии и к работе со значительной перегрузкой.

3. Основная группа фронтовых госпиталей должна быть свернута и максимально приближена к армейскому району для того, чтобы или развернуться в этом районе и работать до самого конца операции, или передислоцироваться вперед для высвобождения армейских госпиталей на одном из последующих этапов операции.

4. Концентрация и приближение фронтовых госпиталей к переднему краю должны производиться с максимальной настойчивостью, так как рассчитывать на передислокацию фронтовых госпиталей по железной дороге в процессе самой операции совершенно не приходится.

Опыт летней кампании говорит, что на тех фронтах, где этого не поняли, фронтовые госпитали, находившиеся на расстоянии 150—300 км от переднего края и свернутые для отправки вперед, так и не участвовали в обеспечении операции.

5. Ввиду неизбежных трудностей железнодорожной эвакуации развертывание фронтовых госпиталей должно производиться на максимальную мощность, для чего необходимо своевременно получить от интендантской службы фронта достаточное количество столовой, кухонной посуды и постельных принадлежностей.

Такая организация медицинской службы позволит оказывать беспрерывно квалифицированную медицинскую помощь раненым при условии, если будут правильно выбраны районы дислокации фронтовых госпитальных баз, если предстоящая боевая деятельность войск будет тщательно изучена санитарным управлением фронта и будут учтены все вопросы, связанные с местностью, дорогами и вероятными направлениями движения войск.

Чтобы строить так фронтовые госпитальные базы, надо решительно отказаться от приверженности многих медицинских начальников к крупным населенным пунктам с богатым жилым фондом. Опыт показал, что некоторые фронтовые госпитали, расположенные в крупных городах в зданиях, обеспеченных всеми видами коммунального обслуживания, пустовали во время операции, в то же время в передовых базах имела место значительная перегрузка госпиталей и в силу этого ухудшение условий быта, размещения раненых и запаздывание в оказании медицинской помощи.

Учитывая, что при отступлении враг варварски разрушает населенные пункты, выводит из строя коммунальные установки, работникам санитарных управлений фронтов, фронтовых и местных эвакопунктов следует считаться с необходимостью строительства землянок, приспособлений местного жилого фонда для размещения фронтовых госпиталей.

Максимальная концентрация в этих районах палаточного фонда, электродвижков, привлечение через командование фронта и тыла инженерных и дорожных частей к работам по строительству госпиталей позволят и в этих условиях создать вполне удовлетворительную обстановку для лечения и размещения раненых и больных.

Таким образом, основным в деле организации лечебно-эвакуационной системы на ближайший период является правильная дислокация фронтовых госпитальных баз и создание сильных резервов. Только решение этих вопросов позволит парировать неизбежные трудности и осложнения, с которыми медицинская служба войск безусловно будет часто встречаться в предстоящую зимнюю кампанию

В целях своевременного продвижения армейских и фронтовых госпиталей по грунту необходимо тщательно разработать использование обратного порожняка санитарных машин, которые доставляют раненых из МСБ в госпиталь. Надо их на обратном пути обязательно загружать госпиталями, которые предназначены для переброски вперед.

Кроме того, в распоряжении начальника санитарной службы фронта всегда должен быть солидный резерв автотранспорта для обеспечения передислокации по грунту фронтовых госпиталей.

Работникам эвакопунктов и руководителям лечебных учреждений придется в эту кампанию решить еще один очень сложный и серьезный вопрос: обеспечить противоэпидемическую защиту раненых и больных, находящихся в лечебных учреждениях.

Общеизвестно, что как на территории, оккупированной врагом, так и на территории его сателлитов имеет место широкое распространение инфекционных заболеваний, из которых наиболее опасным в зимних условиях является сыпной тиф. В связи с тем, что нашим госпитальным базам приходится развертываться на территории Венгрии, Чехословакии, Польши, встает угроза занесения сыпного тифа не только в войска, но и в лечебные учреждения.

Работникам противоэпидемической и лечебно-эвакуационной службы необходимо проводить в полном контакте сумму широких мероприятий, чтобы не допустить заноса инфекции в лечебные учреждения. К таким мероприятиям относятся:

1) создание в сортировочных и контрольных эвакуационных госпиталях мощных приемно-сортировочных отделений, оснащение и организация которых позволяли бы проводить тщательную качественную санитарную обработку всех поступающих раненых и больных в короткие сроки;

2) организация во всех госпиталях санитарных пропускников, дезкамер вошебоек и выделение изоляторов;

3) выделение в каждой госпитальной базе инфекционного госпиталя или крупного отделения;

4) тщательное наблюдение за всеми лихорадящими и широкое применение термометрии;

5) полное обеспечение лечебных учреждений всеми необходимыми противоэпидемическими средствами (дусты, дезсредства, мыло и т. д.);

6) использование для работы в крупных госпитальных коллекторах обмывочно-дезинфекционных рот, полевых прачечных и полевых банных отрядов в то время, когда они не могут быть использованы в войсках;

7) выделение специалистов-эпидемиологов в крупные госпитальные базы для организации противоэпидемической защиты лечебных учреждений.

В прошлую зиму Главвоенсанупру пришлось на одном из фронтов заняться организацией этих мероприятий. Только благодаря их комплексному проведению удалось не допустить развития эпидемии сыпного тифа в лечебных учреждениях несмотря на то, что на фронте имела место серьезная вспышка сыпного тифа.

★

Генерал-лейтенант медицинской службы проф. В. Н. ШАМОВ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА И РАНЕНИЙ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Огнестрельные ранения бедра и двух его крупных суставов представляют собой одно из наиболее тяжелых ранений военного времени.

Тяжесть указанной группы ранений обусловливается двумя основными моментами: во-первых, нарушением важного звена опорно-двигательного аппарата, чрезвычайно трудно поддающегося иммобилизации и не только надолго прикованивающим раненого к постели, но и делающим его в ней почти совершенно неподвижным; во-вторых, и это самое главное, исключительно неблагоприятными условиями в смысле развития тяжелого инфекционного процесса. Обильное загрязнение микрофлорой, включая анаэробную, кожи нижних конечностей, в особенности вблизи анального отверстия, особая массивность раненых мышечных групп и трудность полной иммобилизации пораженных крупнейших участков скелета способствуют развитию особенно тяжелых форм инфекций, нередко анаэробных, большой процент которых заканчивается ампутацией или смертельным исходом.

Следует добавить, что даже в наиболее благоприятно закончившихся случаях у раненых с повреждением бедра и крупных суставов в дальнейшем бы

вают значительные деформации конечности или длительный остеомиэлитический процесс.

Для предупреждения указанных осложнений и опасностей опыт последних войн выработал особую систему лечения, которая может быть сведена к двум основным принципам.

Первый из них — срочная хирургическая обработка раны с широким раскрытием всех ее карманов, иссечением нежизнеспособных тканей и удалением инородных тел.

Второй — репозиция костных отломков и иммобилизация конечности в целях прекращения инфекционного процесса и восстановления анатомических отношений и функций конечности.

В испанской, финской и Отечественной войнах вновь ожила предложенная еще в 1853 г. Пироговым глухая гипсовая повязка. В самом деле, глухая бесподкладочная гипсовая повязка не только является идеальным способом иммобилизации, но и создает наиболее совершенный длительный покой ране и защищает ее от вторичной инфекции.

Нельзя не отметить, однако, что против глухой гипсовой повязки именно при ранениях бедра выдвигались весьма веские возражения: под глухой гипсовой повязкой можно просмотреть развитие газовой инфекции, распространение флегмон и затеков.

Однако опыт применения глухой гипсовой повязки в Великую отечественную войну опровергает эти возражения. Внимательное наблюдение за состоянием раненого, повторные ревизии состояния раны через временные гипсовые окна позволяют избежать осложнения. Никакая шинизация не в состоянии создать столь идеального покоя ране и малоблагоприятных условий для развития и распространения инфекции, как глухая гипсовая повязка.

За последний период войны, кроме основных принципов лечения огнестрельных переломов бедра, вошел в жизнь еще важный дополнительный фактор борьбы с инфекцией — сульфамидные препараты и пенициллин. Сульфамидотерапия внесла много нового и ценного в лечение ряда инфекционных процессов. При угрозе тяжелой гнойной инфекции в случаях ранений бедра и его суставов сульфамидотерапия обязательна. Общее лечение этими препаратами следует начинать уже с ПМП и продолжать на следующих этапах эвакуации.

Но применение указанных препаратов никак не должно отодвигать на задний план основные лечебные мероприятия — раннюю хирургическую обработку и раннюю иммобилизацию глухой гипсовой повязкой.

Таковы в самых общих чертах патологические особенности процессов, развивающихся в результате огнестрельного повреждения бедра и его крупных суставов, и схема основных современных принципов их рационального лечения. Однако вся проблема гораздо более сложна. Индивидуальные особенности каждого отдельного случая, влияя в ту или иную стороны на течение инфекционного процесса и процесса заживления ранений бедра и крупных суставов, делают задачу лечения их одной из весьма сложных проблем хирургии даже в обстановке мирного времени.

Тем более сложна эта задача в условиях военной медицины с ее вынужденной системой этапного лечения в условиях крайней подвижности лечебных учреждений, недостатка квалифицированных кадров, недостатков в оборудовании операционных и перевязочных, в условиях неизбежных недостатков всей системы ухода и наблюдения за больными.

Указанные соображения выдвигают еще два новых требования к лечению разбираемой группы ранений: первое — что лечение должно находиться в руках достаточно опытных и квалифицированных специалистов; второе — что труднейшие проблемы, возникающие при лечении ранений бедра в военной обстановке, не могут быть разрешены только одним медицинским путем. Наивно было бы думать, что в разбираемой области вся проблема лечения может быть разрешена одной только техникой оперативной обработки ран или техникой наиболее совершенной иммобилизации. Нет, здесь, как и в других, более трудных отделах военной медицины, приходится вспомнить все значение выставленного Н. И. Пироговым положения, что «не медицина, а администрация играет главную роль в деле помощи раненым и больным на театре военных действий», понимая в этом положении термин «администрация» не в подлинном смысле, а как организация военно-медицинской службы, основанная на современном состоянии медицинских знаний (Е. И. Смирнов).

«В условиях полевой медицинской службы, — подчеркивает Е. И. Смирнов, — объем работы и выбор метода хирургического вмешательства и лечения определяются чаще не столько медицинскими показаниями, сколько положением дел на фронте, количеством поступающих больных и раненых и их состоянием, количеством врачей, особенно хирургов, на данном этапе, наличием автотранспортных средств, полевых санитарных учреждений и медицинского оснащения, временем года и состоянием погоды».

Как же разрешалась в течение Отечественной войны и как должна быть разрешена правильно эта сложная проблема военной хирургии — проблема лечения огнестрельных ранений бедра и крупных суставов в условиях этапного лечения?

На раннюю оперативную обработку всех тяжелых ранений обращено было в текущей Отечественной войне самое серьезное внимание, и производство ее организовано было на том ближайшем этапе эвакуации, на котором возможно производить самые неотложные оперативные вмешательства, т. е. в МСБ. Что касается иммобилизации раненой конечности, то она производилась в МСБ транспортными шинами, наиболее широкое распространение из которых вполне заслуженно нашла шина Дитерихса. Как правило, в шине Дитерихса раненый отправлялся обычно по этапам эвакуации вплоть до фронтового, а иногда тылового района. Только на отдельных фронтах и в отдельных армиях можно было встретить на последующих этапах стремление к более широкому применению гипсовых повязок.

Таким образом, приходится признать, что при лечении огнестрельных переломов бедра в нашей системе военной медицины до последнего времени выдерживалось только одно из принципиальных требований, предъявляемых современной хирургией к лечению этой группы раненых, а именно требования ранней оперативной обработки.

При этом надо подчеркнуть, что эта ранняя оперативная обработка, производящаяся в МСБ, осуществляется хирургами, часто не обладающими достаточно высокой специальной квалификацией и не имеющими возможности из-за отсутствия рентгена получить полную ориентировку относительно состояния костного повреждения, а следовательно, и не имеющими возможности произвести достаточно полную обработку костных отломков.

Что же касается требования полной иммобилизации поврежденного участка кости, равно как и требования покоя раны с защитой ее от вторичной инфекции, то они в условиях этапного лечения соблюдались весьма неудовлетворительно. В самом деле, эвакуация раненого в шине Дитерихса или в шинах другого вида и лечение в этих шинах в течение длительного срока на многочисленных этапах эвакуации с неизбежной сменой обильно пропитываемых гноем повязок ведут как правило, не только к постоянным нарушениям иммобилизации, но и к неизбежному травмированию раны и проникновению в нее вторичной инфекции.

Такое несоблюдение основных принципов лечения ранений бедра и крупных суставов имело, несомненно, своим результатом те осложнения и плохие исходы, которые нередко получались до сих пор при ранениях этой группы.

В поисках разрешения возникающей в этой области проблемы Главное военно-санитарное управление решило пойти по тому пути, который оказался столь плодотворным при решении вопроса о лечении ранений в таких более узких и специальных областях хирургии, как нейрохирургия, офталмология, ото-ларингология и стоматология. Создание специализированной помощи при этого рода ранениях явилось характерной особенностью советской военной медицины еще с начала текущей войны; благодаря этому результаты лечения в этих областях оказались вполне удовлетворительными. Точно так же вполне оправдало себя и создание системы специализированной помощи для группы легко раненых.

Целесообразность организации специализированной помощи при ранениях крупных суставов была с полной определенностью выдвинута при обсуждении этого вопроса на 7-м пленуме Ученого совета Главного военно-санитарного управления в 1943 г., а за последний период Главное военно-санитарное управление распространило принцип создания специализированной помощи и на ранения грудной клетки, и на ранения бедренной кости. Одним словом, в советской военной медицине ко второму периоду войны выкристаллизовался принцип, согласно которому квалифицированным лечением, соответствующим требования

современной научной медицины, должны быть обеспечены не только ранения, относящиеся к узким специальностям хирургии, но и ранения, отличающиеся специфической сложностью и тяжестью патологического процесса.

Таким образом, основной путь разрешения проблемы лечения ранений бедра и крупных суставов за последний период намечен в советской военной медицине с полной определенностью. Однако целый ряд деталей практического проведения принципа специализированной помощи при этого вида ранениях оказывается еще до сего времени неуточненным и не проведенным в жизнь.

Несколько лучше обстоит вопрос организации лечебной помощи при некоторых видах ранений суставов. Согласно резолюции 7-го пленума Ученого совета Главного военно-санитарного управления, в случаях ранений с незначительными входным и выходным отверстиями в МСБ производится только наложение повязки и иммобилизация транспортной шиной, после чего раненый направляется по назначению в специализированный ППГ второй линии, где дальнейшее квалифицированное лечение его обеспечивается наличием опытных специалистов, возможностью рентгенографического исследования, наложения глухой гипсовой повязки и послеоперационной госпитализации. Таким образом, организация помощи при этого вида ранениях полностью приближается к специализированной помощи при ранениях головного мозга.

Значительно сложнее обстоит дело при более обширных повреждениях суставов и особенно при ранениях бедренной кости, при которых вопрос о первичной обработке раны в возможно ранние сроки представляет собой одно из наиболее существенных звеньев борьбы с развитием инфекционного процесса. Опасность развития инфекции при ранении обширных мышечных масс и значительных разрушениях костей настолько велика, что оперативная обработка раны должна быть произведена во всех этих случаях на первых же возможных этапах эвакуации, т. е. в МСБ.

Было бы идеальным решением всей проблемы лечения ранений бедра, если бы вслед за такой обработкой можно было на том же этапе, т. е. в МСБ, немедленно наложить и глухую гипсовую повязку, которая не только дала бы наилучшую иммобилизацию костных отломков, но и создала бы для раны наиболее совершенные условия покоя и защиты от вторичной инфекции.

Однако такое решение проблемы может быть осуществлено в МСБ только в исключительно редких случаях стабилизации фронта без значительных боевых действий. В условиях же чрезвычайной маневренности военных действий и необходимости обработки массовых потоков раненых, столь характерных для Великой отечественной войны, о наложении глухих гипсовых повязок в МСБ не может быть, конечно, и речи.

Тактическая обстановка довлеет в деле лечения ранений бедра над медицинскими требованиями. Она заставляла до сих пор проводить в войсковом районе только иммобилизацию шинчными повязками, эвакуируя в этих повязках раненых во фронтовой тыл и подвергая их всем опасностям недостаточной иммобилизации и этапных перевязок с неизбежным развитием вторичной инфекции. Наиболее удачный выход из создавшегося трудного положения Главное военно-санитарное управление видит в наложении глухой гипсовой повязки при ранениях бедра в специализированном ППГ второй линии, т. е. на ближайшем к МСБ этапе эвакуации. В этом специализированном ППГ уже возможно создание помощи квалифицированных специалистов, возможны рентгеновское исследование, послеоперационная госпитализация и наблюдение за раненым, т. е. возможно создание полноценной специализированной помощи для раненых бедра.

Нельзя, однако, закрывать глаза на то, что создаваемая таким образом система лечения страдает основным недостатком, заключающимся в разрыве между двумя важнейшими звеньями лечения — оперативной обработкой раны и наложением глухой гипсовой повязки, тогда как во избежание вторичной инфекции обширных ран, имеющей чрезвычайно большое значение в их патологии, наложение глухой гипсовой повязки должно непосредственно следовать за оперативной обработкой.

Указанный отрицательный момент, т. е. неизбежность расчленения основных лечебных мероприятий по двум этапам, должен учитываться в полной мере и должен вызывать постоянное стремление свести его влияние до минимума.

Это в полной мере осуществимо в периоды относительного затишья и отсутствия большого потока раненых, когда уже в МСБ, вслед за оперативной обработкой раны, может быть наложена глухая гипсовая повязка. При наличии

больших потоков раненых этот недостаток уменьшается в ряде случаев тем, что после рассечения ран в МСБ приходится в специализированном госпитале снова подвергать рану вторичной, более обширной и радикальной обработке с последующим наложением глухой гипсовой повязки.

Специализированный бедренный госпиталь получает, таким образом, две ответственные задачи. С одной стороны, он должен выправить все те недостатки в обработке раны и костных отломков, которые невольно могут быть допущены в МСБ в условиях перегрузки и большими потоками раненых. С другой стороны, такая вторично обработанная рана должна быть немедленно закрыта глухой гипсовой повязкой с целью обеспечения наиболее совершенной защиты раны и наилучшей иммобилизации конечности.

Должно быть обращено самое большое внимание на максимальное сокращение периода времени между обработкой раны в МСБ и наложением глухой гипсовой повязки в специализированном бедренном госпитале. Раненый после оперативной обработки раны в МСБ должен возможно меньше задерживаться в МСБ и быстрее отправляться по назначению в бедренный госпиталь. Последний должен располагаться возможно ближе от МСБ, и доставленному раненому должна быть в кратчайший срок наложена глухая гипсовая повязка.

Наконец, в случаях, когда МСБ бывает загружен большим потоком раненых и раненному в бедро угрожает много часов ожидания очереди на операционный стол, врач сортировки обязан учесть, не успеет ли данный раненый за это время попасть уже в специализированный бедренный госпиталь и пользоваться там всеми преимуществами одновременной обработки раны и наложения глухой гипсовой повязки.

Правда, отправка в таких случаях раненого из МСБ без обработки будет нарушать инструкцию и угрожать занесением в дефектный журнал, однако такая отправка будет наиболее соответствовать интересам здоровья раненого и, следовательно, явится абсолютно правильной. Принципы военной медицины должны всегда соответствовать многообразию условий конкретной обстановки, а не опираться формально на букву той или иной инструкции. Наблюдаемое же на практике формальное отношение к инструкции часто идет во вред здоровью раненого. Так, например, мне приходилось видеть, как раненного в череп задерживали в МСБ свыше 7 часов только для того, чтобы побрить ему, как это сказано в инструкции, голову, в то время как в течение 5 часов он мог быть доставлен уже в специальный черепной госпиталь и подвергнуться там оперативной обработке раны.

Таковы пути к уменьшению отрицательного влияния неизбежного в условиях военной обстановки разрыва между двумя основными принципами лечения огнестрельных переломов бедра — между обработкой раны и наложением глухой гипсовой повязки.

На практике, однако, в этой области можно до самого последнего времени встретить самые грубые отклонения.

Так, большинство МСБ считает необходимым задерживать раненых в бедро после обработки в течение нескольких дней в отделении нетранспортабельных с целью наблюдения, не развовются ли у них какие-либо осложнения.

В инструкции одного из фронтовых хирургов даже прямо указано, что глухая гипсовая повязка «может быть наложена не ранее 4—5-дневного промежутка после рассечения раны при отсутствии симптомов анаэробной инфекции или вторичного кровотечения» (1944).

Если иметь в виду при этом всю обстановку лечения этих раненых в МСБ — пропитанная обильно гноем ватно-марлевая повязка; недостаточная иммобилизация шиной Дитерихса, в которой раненый нередко даже сидит; расположение раненых на сплошных, покрытых соломой нарах; недостаточное медицинское наблюдение и уход перегруженного неотложной работой персонала МСБ, — то нельзя не притти к заключению, что такая задержка раненого в МСБ не предупреждает осложнений, а, наоборот, способствует их развитию. А если учесть при этом, что она отсрачивает еще осуществление второго важного звена лечения — наложения глухой гипсовой повязки, то такие задержки раненых в МСБ следует считать ничем не оправдываемым дефектом лечения. Единственными причинами задержки раненых в бедро в МСБ могут быть только шоковое состояние и наличие газовой инфекции.

Следующим важным дефектом в обслуживании раненых разбираемой группы является отправка их из МСБ попутным порожняком (они должны отправляться специальным армейским или медсанбатским транспортом), слишком отдаленное расположение бедренного госпиталя от МСБ и особенно неудачное его профилирование и обслуживание. Последнее обстоятельство заслуживает особого внимания. Несмотря на существующие указания о выделении специализированных госпиталей для лечения бедра и крупных суставов, в большинстве армий распространен до сих пор обычай своеобразного профилирования этих госпиталей. Чаще всего можно встретить выделение костно-суставного госпиталя для всех вообще поражений костей и суставов, а иногда можно встретить профилирование этого госпиталя даже в такой своеобразной комбинации, как госпиталь для нижней конечности, таза и брюшной полости. Другими словами, продолжается создание госпиталей широкого общехирургического типа, в которых совершенно теряются раненые с поражением бедра и двух его крупных суставов.

При этом в результате часто встречающихся дефектов внутригоспитальной сортировки можно постоянно наблюдать такую картину, когда начальник отделения не знает, сколько у него имеется ранений бедра или ранений тазобедренного сустава, и подолгу не может найти этих больных среди массы общехирургических раненых. Понятно, что при таких условиях ни о какой своевременной помощи, ни о каком квалифицированном лечении разбираемой тяжелой группы ранений не может быть и речи. Раненые эти продолжают в течение многих дней лежать в своих пропитанных гноем повязках и пребывать на общих нарах в той же шине Дитерихса, которая была наложена в МСБ, но крепления которой уже значительно ослабели.

Необходимо обратить самое серьезное внимание на немедленное выделение госпиталей только для повреждений бедра и его двух крупных суставов, строго диференцируя этот профиль от всех других поражений костно-суставного аппарата, не имеющих специфической тяжести ранений разбираемой группы и могущих поэтому лечиться в госпиталях общехирургического типа.

Раненые этой группы никогда не должны быть помещаемы на сплошные нары, а их следует располагать на нары по-двое с тем, чтобы каждый раненый был доступен для наименее травматического обслуживания и перекладывания.

Очень важным условием работы бедренного госпиталя является создание в нем мощного операционно-перевязочного блока для обработки и гипсования этого рода раненых. Ввиду того, что обработка ран и наложение глухой гипсовой повязки требуют значительного времени, при больших потоках раненых для организованной конвейерной работы всего персонала необходимо иметь перевязочную, располагающую не менее, чем 12 столами. Если нет подходящего большого помещения или сарая, приходится отводить под такую перевязочную не менее двух палаток ДПМ. При наложении гипсовых повязок обязательно должны быть использованы все те выгоды, которые обеспечивают столы и аппараты для вытяжения. При отсутствии в бедренных госпиталях прекрасных столов Юдина простейшие модели этих столов с подвешиванием конечности к деревянным рамам и вытяжением путем перекинутых через блок веревок могут быть легко сделаны столяром госпиталя. Бедренный госпиталь должен всегда иметь налицо 12 такого рода разборных столов для вытяжения и гипсования, равно как и достаточное количество соответствующего качества гипса.

Чрезвычайно важным вопросом организации работы бедренного госпиталя является возможность быстрого пропуска всех поступивших в него раненых через операционно-перевязочный блок, чтобы свести этим до минимума вынужденный разрыв между обработкой раны в МСБ и наложением глухой гипсовой повязки на следующем этапе. Максимально быстрое вслед за операционной обработкой раны наложение глухой гипсовой повязки всякому раненому в бедро и его суставы — вот основной принцип, который должен доминировать во всей системе лечения этой группы, начиная от МСБ. Отсюда вытекает все значение обеспечения бедренного госпиталя соответствующим штатом.

В специализированном ППГ второй линии штат госпиталя должен быть усилен специально подготовленными группами ОРМУ. В целях оказания квалифицированной помощи раненым в бедро и крупные суставы в каждой армии из четырех хирургических групп ОРМУ две должны быть подготовлены для работы в бедренном госпитале и хорошо владеть гипсовой техникой. Кроме того,

в целях быстрого пропуска раненых через операционно-перевязочный блок в случаях большого их прибытия начсанарм и армейский хирург должны обеспечить их своевременную обработку путем еще дополнительной переброски сюда штатов свернутых и находящихся в пути госпиталей. Хорошо подготовленная бригада, состоящая из хирурга и восьми его помощников, работая на трех столах, в состоянии обработать и загипсовать в сутки 20—25 случаев ранений бедра и крупных суставов. Исходя из этих расчетов, и должен быть усилен штат бедренного полевого госпиталя. Иначе, без маневра соответствующими кадрами, работа подобного госпиталя не даст необходимых результатов. При образовании указанных бедренных бригад в первую очередь должны быть использованы штаты соответствующих групп ОРМУ. С этой целью каждая группа ОРМУ может быть разбита на две части, которые после придачи им обученных гипсовой технике технических работников образуют две бедренные бригады. Таким путем на базе двух групп ОРМУ в каждой армии могут быть созданы 4 бедренные бригады. Аналогичные бригады должны быть созданы и в штате тех ППГ, которые должны по преимуществу служить базой развертывания бедренного госпиталя. Правда, в санитарной службе Красной Армии считается нецелесообразным создание постоянных специализированных полевых госпиталей, чтобы не нарушать таким образом возможности широкого маневра ППГ. Любой ППГ может быть превращен временно в специализированный путем придачи ему соответствующих групп ОРМУ. Однако, учитывая важность того обстоятельства, что работу специализированных групп ОРМУ особенно выгодно сочетать с определенным методом работы и определенным способом ухода за ранеными всего штата ППГ, крайне желательно, чтобы в каждой армии намечено было несколько полевых госпиталей, на базе которых и происходило бы по возможности развертывание госпиталей определенной специальности, а не производилось бесплановое перебрасывание групп ОРМУ на случайный госпиталь армии.

Как показывает опыт, поступление раненых в бедренный госпиталь, колеблясь в зависимости от боевых операций, может достигать 50, а иногда 100 больше человек за сутки, причем этот поток может продолжаться несколько дней, иногда до недели. Следовательно, для своевременной обработки такого потока может понадобиться от 3 до 5 бедренных бригад, работающих по конвейеру на 9—12 столах. Учитывая указанный размах работы, начсанарм и армейский хирург должны, готовясь к боевым операциям, заблаговременно создать у себя группы квалифицированных работников в этой области не только в ОРМУ, но и в нескольких ППГ. В случаях очень большого скопления раненых в армейском бедренном госпитале становится необходимым усиление его группами фронтовой ОРМУ с тем расчетом, чтобы задача скорейшей обработки раненых в этом госпитале была выполнена во что бы то ни стало.

Наконец, при чрезмерно большом потоке раненых в бедро, идущих на данный участок, может понадобиться даже переброска сюда бедренного госпиталя (ППГ) из резерва фронта. Подобная же помощь фронта переброской фронтового бедренного госпиталя может понадобиться и в тех случаях, когда армии приходится обеспечивать два эвакуационных направления из дивизий.

Создание в бедренных госпиталях указанного мощного операционно-перевязочного блока делает совершенно излишней организацию в них какой бы то ни было дополнительных перевязочных. В частности, необходимо возразить против существующей на некоторых фронтах принципиальной установки иметь во всех госпиталях, кроме перевязочных в отделениях, еще и особую перевязочную («поточную» или «диагностическую») при приемно-сортировочном отделении. В эту перевязочную поступают непосредственно из санпропускника все прибывающие в госпиталь раненые, обрабатываются здесь дежурными бригадами хирургов и только после этого отправляются в соответствующие отделения госпиталя. Такая система, имеющая большое значение в работе МСБ, ЭП и СЭГ, основную задачу которых составляет оказание неотложной помощи и правильная сортировка раненых, совершенно нецелесообразна и вредна в госпиталях, начиная с ГБА, и особенно, в специализированных госпиталях, назначение которых заключается в квалифицированном лечении поступающих в них раненых. В этих госпиталях указанная система обработки раненого дежурными бригадами без участия ведущих раненого врачей расстраивает работу персонала госпиталя и создает вредную внутригоспитальную

многоэтапность в лечении и отсутствие единой ответственности врача за порученного его попечению тяжело раненого. Мне слишком часто приходилось встречать, как при указанной системе врач, ведущий раненого, судил об его состоянии только по общему виду, пульсу и температуре и только по записям знаком был с индивидуальными особенностями его раны и развивающихся в ней патологических процессов. Отсюда вытекает требование, чтобы в специализированном и особенно в бедренном госпитале хирургическая обработка раненого происходила только в основном операционно-перевязочном блоке и чтобы ведущий раненого врач обязательно принимал непосредственное участие в обработке раны и всех перевязках своего больного.

Еще один участок в работе бедренного госпиталя, который также должен быть заранее спланирован и подготовлен, представляет организация особых сушильных помещений для быстрейшего затвердевания гипса. Создание этих сушилок, имеющих большое значение даже в летние месяцы, приобретает исключительно важную роль осенью, весной и зимой.

По наложении гипсовой повязки раненый подвергается энергичному лечению сульфамидами и оставляется в бедренном госпитале под тщательным наблюдением не менее 5 дней. При наличии осложнений рану обследуют через окно в гипсовой повязке или после полного снятия последней. В случае надобности прибегают к дополнительным вмешательствам в виде вскрытия затеков, контрапертур, артротомий или резекций суставов, после чего снова накладывают глухую гипсовую повязку. При осложнении анаэробом производят своевременно дополнительные разрезы или ампутацию с назначением специфического и общего лечения.

В случае отсутствия осложнений раненый эвакуируется по назначению в бедренный госпиталь ГБФ, а в случае значительной растяжки путей эвакуации из армии — в бедренный госпиталь второго эшелона ГБА. Эти бедренные госпитали организуются на базе соответствующих ЭГ и должны строиться по тому же типу, как и специализированный ППГ, т. е. иметь четкий профиль бедра и двух его суставов. Однако в отличие от ППГ квалифицированная помощь в этих ЭГ создается уже не за счет средств усиления, а за счет постоянного штата госпиталя.

При поступлении в ГБА или ГБФ раненые в бедро и крупные суставы должны направляться в специализированные бедренные госпитали непосредственно. Практика показывает, однако, что этот принцип широко нарушается: обычно эта группа раненых задерживается в СЭГ и начинает лечиться в отделениях для нетранспортабельных, что в корне нарушает все принципы специализированной помощи. Раненые в бедро и крупные суставы должны, минуя СЭГ, направляться в бедренный госпиталь совершенно так же, как раненые в череп без задержки в СЭГ должны направляться непосредственно в нейрохирургический госпиталь.

В бедренном госпитале второго эшелона ГБА раненый подвергается внимательному обследованию в отношении как общего своего состояния, так и целости гипсовой повязки. В случае подозрения на развитие осложнений раненого задерживают, гипсовую повязку снимают и производят необходимые дополнительные вмешательства.

При отсутствии осложнений и по исправлении гипсовой повязки раненых эвакуируют в бедренный госпиталь ГБФ. Здесь они снова подвергаются контролю не только с точки зрения развития каких-либо осложнений, но и с точки зрения стояния костных осколков. Ко времени прибытия раненых в ГБФ чаще всего вырисовываются осложнения от ранений тазобедренного и коленного суставов, и здесь приходится применять соответствующие оперативные вмешательства.

На правильное стояние костных отломков, наличие деформаций и укорочений конечности в бедренном госпитале ГБФ должно быть обращено особое внимание, так как на этом этапе должны быть приняты все меры к устранению встретившихся в этом направлении недочетов. Подозрение на неправильное стояние костных отломков требует рентгенографического исследования. При плохом стоянии отломков, смотря по показаниям, или производится одномоментная их репозиция на аппарате для вытяжения с последующим наложением гипса, или раненый укладывается на скелетное вытяжение.

После того, как путем скелетного вытяжения удалось получить хорош стояние костных отломков и раненого желательно эвакуировать дальше в ты на конечность снова может быть наложена глухая гипсовая повязка. При это если гипс приходится накладывать до образования достаточной спайки отлом ков (на 8—15-й день), весьма целесообразно производить гипсование конечност не снимая скелетного вытяжения. Только по окончании высыхания гипсов повязки (через 2 суток) скелетное вытяжение может быть снято без риска н вого смещения отломков.

Наконец, в случаях, когда ранение протекает без каких бы то ни было о ложнений и когда нет значительных дефектов в стоянии костных отломко производят только укрепление или смену гипсовой повязки и раненого без даль нейших задержек эвакуируют дальше в тыловой район. В последнем его лечен вплоть до полного выздоровления и восстановления функции конечности дол но проводиться также в профилированном бедренном госпитале под наблюде нием квалифицированных специалистов. Своевременное снятие гипсовой повязк и физиотерапевтические процедуры для восстановления функции пораженн конечности, равно как и своевременное оперативное лечение остеомиэлито составляют основную задачу лечения в этих госпиталях.

Таким образом, всю систему лечения огнестрельных ранений бедра и кру ных суставов в военной обстановке можно представить в виде следующей схем

На ПМП — кроме применения морфина, противоанаэробной и противостол нячной сывороток, обязательно производство новокаиновой блокады места п релома, как мероприятия, имеющего исключительно большое значение в пр филактике шока при последующей транспортировке раненого. Стрептоц внутрь. Антисептическая повязка. Иммобилизация шиной Дитерихса. Возмож быстрая эвакуация в МСБ.

В МСБ — оперативная обработка ранений бедра и крупных суставов п значительных разрушениях последних. При отсутствии значительных разрушени суставов производится только туалет раны. Припудривание ран стрептоцидо Иммобилизация шиной Дитерихса с обязательной фиксацией последней гипс вым кольцом на груди. Стрептоцид внутрь. Возможно быстрая эвакуация по ч значению в бедренный госпиталь ППГ второй линии специальным армейским и медсанбатским транспортом.

В бедренном госпитале ППГ второй линии — радикальная с работка ран и костных отломков. Репонирование отломков кости на столе д вытяжения. Наложение глухой бесподкладочной гипсовой повязки. Госпитализ ция раненого на срок не менее 5 дней. Энергичная сульфамидотерапия. При п явлении осложнений — соответствующее их лечение. При отсутствии осложн ний — эвакуация в специализированный бедренный госпиталь второго эшело ГБА или ГБФ.

В бедренном госпитале второго эшелона ГБА — контрол состояния раненого. При наличии осложнений — их лечение. При отсутств осложнений — эвакуация в бедренный госпиталь ГБФ.

В бедренном госпитале ГБФ — контроль и лечение осложнени Контроль стояния костных отломков и в случае надобности применение скеле ного вытяжения. Эвакуация в глухой гипсовой повязке в бедренный госпит тылового района.

В бедренном госпитале тылового района — лечение ослож нений. Операции по поводу остеомиэлитов. Физиотерапевтические процедур для быстрейшего восстановления функции конечностей.

Такова общая схема этапного лечения огнестрельных ранений бедра и кру ных суставов в военных условиях. Само собой разумеется, что тактическая военная обстановка может постоянно вносить в эту схему ряд отклонений. Од нако организация военной медицины должна регулировать все эти отклонен таким образом, чтобы они возможно меньше нарушали своевременные принцип лечения огнестрельных переломов бедра, чтобы и при них обеспечены бы кратчайшие сроки оперативной обработки и наложения глухой гипсовой повязк

Так, в случаях большого потока раненых в МСБ и ППГ первой линии, п угрозе длительной (более суток) задержки с обработкой ранений бедра и кру ных суставов, при наличии близко расположенного бедренного госпиталя впол целесообразно направить часть этих раненых без предварительного рассечен ран непосредственно в бедренный госпиталь.

В случаях, когда бедренный госпиталь ППГ второй линии не справляется с большим потоком раненых и обработка их, несмотря на переброску групп усиления, угрожает задержаться на несколько дней, часть бойцов с наиболее благополучно протекающими ранениями должна быть эвакуирована в бедренный госпиталь второго эшелона ГБА или даже фронта или же в этот район должен быть переведен резервный бедренный госпиталь ГБФ.

Наконец, в исходном положении перед наступлением, когда специализированные госпитали ГБФ подтянуты близко в район ГБА и имеют хорошие пути сообщения из войскового района, а армейский бедренный госпиталь ППГ второй линии готов к передислокации на следующий рубеж, может оказаться рациональной временная эвакуация раненных в бедро непосредственно из МСБ в соответствующие госпитали ГБФ.

Все эти отклонения от основной схемы лечения при условии, если они обеспечивают раннюю обработку и раннее гипсование ранений бедра, могут считаться допустимыми. Однако они никоим образом не могут поколебать основной принципиальной установки, что специализированная помощь при ранениях бедра и крупных суставов должна быть организована в первом эшелоне госпитальной базы армии.

★

Подполковник медицинской службы доц. С. О. ПОРТУГАЛОВ

Из Центрального научно-исследовательского клинического госпиталя Красной Армии (научный руководитель — генерал-лейтенант медицинской службы акад. С. С. Гирголав, начальник госпиталя — подполковник медицинской службы проф. А. И. Смирнов)

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕНИЦИЛЛИНА ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

В начале июля 1944 г. Центральный научно-исследовательский клинический госпиталь по заданию Главного военно-санитарного управления Красной Армии приступил к испытанию лечебного действия нового антисептического препарата пенициллина.

Честь открытия пенициллина принадлежит Флеммингу (1928). Однако долгое время это открытие оставалось достоянием лаборатории. Внедрением пенициллина в лечебную практику мы обязаны трем английским ученым: Флюри, Абрагаму и Чену, опубликовавшим в 1941—1943 гг. детальные исследования о химии и терапевтическом действии пенициллина. В своей лечебной работе мы воспользовались пенициллином отечественного производства, впервые полученным в лаборатории ВИЭМ под руководством проф. З. В. Ермольевой.

Мы начали испытывать действие пенициллина прежде всего на септических раненых, тем более что это отвечало основной задаче нашего госпиталя — изучению раневого сепсиса. В части случаев мы применяли пенициллин также при тяжелых формах гнойной раневой инфекции, которые, несмотря на значительную интоксикацию, мы относили к местно протекающим процессам.

Срочная проверка терапевтической ценности пенициллина была тем более необходима, что сейчас весьма многие вопросы, касающиеся различных сторон пенициллинотерапии, еще не разрешены.

Изучение англо-американской и отечественной литературы о пенициллине позволяет нам подчеркнуть следующие моменты: пенициллин, несомненно, обладает сильным антисептическим действием и даже, по мнению англо-американских авторов, является наиболее сильным из всех известных до сих пор антисептиков. Важно отметить почти полную безвредность этого препарата. Пенициллин не претендует быть панацеей, и его применение не мыслится без своевременного и исчерпывающего хирургического вмешательства. Вместе с тем все чаще встречаются

и такие случаи, когда хирургическое вмешательство исчерпывает себя до кон (ампутация), а общие септические явления не только остаются, но и продолжа нарастать.

Под нашим наблюдением находилось 57 раненых, лечившихся пенициллин Основная характеристика материала приводится в нижеследующих выборочн историях болезней [1].

Первая группа

Больной С., 34 лет, ранен 14.VII.1944 г. Поступил в госпиталь 15.VIII. Диа ноз: слепое осколочное проникающее ранение правого коленного сустава; н гноившийся закрытый перелом левого голеностопного сустава; токсемия. Подве ся двум оперативным вмешательства: артротомии правого коленного суста 14.VII и ампутации левой голени в средней трети (по Вишневскому) 18.VIII. О щее состояние средней тяжести, температура 37,4—38,8°, пульс 110—120 ударов минуту. Кровь стерильна. Гемоглобина 50%, эритроцитов 3 190 000, лейкоцит 16 300, ядерный сдвиг до миэлоцитов включительно. До применения пенициллин проводилось систематическое лечение стрептоцидом.

Пенициллинотерапию начали на 36-й день после ранения (19.VIII). Проведе один курс (38 000 единиц). Клиническое выздоровление с последующим наблюде нием в течение 1½ месяцев. Посев крови стерилен. Гемоглобина 68%, эритроцит 4 570 000, лейкоцитов 7 300, ядерного сдвига нет.

Вторая группа

1. Больной В., 44 лет, ранен 26.VI.1944 г. Поступил в госпиталь 9.VII. Диа ноз: слепое осколочное ранение правого коленного сустава с повреждением к сти; сепсис. Первичной хирургической обработки не было. 11.VII резекция пр вого коленного сустава. Общее состояние тяжелое, температура 37,5—38,3°, пуль 100—120 ударов в минуту. В посеве гемолитический стрептококк. Гемоглоби 38%, эритроцитов 3 550 000, лейкоцитов 26 700, ядерный сдвиг умеренный.

На 16-й день после ранения (12.VII) начата пенициллинотерапия. После че тырех курсов (69 900 единиц) наступило клиническое выздоровление. Наблюдало рецидив бактериемии и развитие желтухи через месяц по выздоровлении. Пос нового курса пенициллинотерапии бактериемия исчезла. Наступило стойкое вы здоровление с длительным наблюдением. Посев крови стерилен. Гемоглоби 68%, эритроцитов 5 180 000, лейкоцитов 5 800, ядерного сдвига нет.

2. Больной К., 19 лет, ранен 18.VII.1944 г. В госпиталь поступил 15.VII Диагноз: осколочное ранение левого коленного сустава; осколочное ранение мя ких тканей левого плеча с повреждением a. brachialis; аневризма a. brachia sinistra; гнойный левосторонний гонит; сепсис. Оперативному вмешательству по вергался четыре раза: 19.VII первичная хирургическая обработка; 4.VIII вскр тие абсцесса левой подколенной ямки с удалением инородного тела; 18.VIII ис чение аневризмы, двойная перевязка левой плечевой артерии и ампутация лев го бедра в верхней трети. Общее состояние тяжелое, температура 37,1—38,5 пульс 120—130 ударов в минуту. В крови стафилококк pyogenes. Гемогл бина 27%, эритроцитов 1 720 000, лейкоцитов 11 450, ядерный сдвиг резко вы ражен. Сульфамидотерапия эффекта не дала.

Пенициллин начали применять на 31-й день после ранения (18.VIII). По пр ведении четырех курсов (197 500 единиц) наступило стойкое клиническое выздо ровление. Посев крови стерилен. Гемоглобина 60%, эритроцитов 4 900 000, ле коцитов 10 600, ядерного сдвига нет. Срок наблюдения по выздоровлении 2 месяц

3. Больной С., 34 лет, ранен 25.VI.1944 г. В госпиталь поступил 10.V Диагноз: слепое пулевое ранение нижней трети левого бедра с повреждением к сти; остеомиэлит, сепсис. Оперативному вмешательству подвергался четыре ра 27.VI первичная хирургическая обработка перелома; 7.VIII повторная хирургич ская обработка перелома; 31.VIII секвестротомия; 8.IX повторная секвестро мия. Общее состояние прогрессивно ухудшающееся. Температура 36,6—38

[1] По техническим условиям печатаются только 9 из 57 представленных в р дакцию историй болезни. — Ред.

Пульс 110—120 ударов в минуту. В крови гемолитический стрептококк. Гемоглобина 48%, эритроцитов 3 220 000, лейкоцитов 8 200, ядерный сдвиг резко выражен.

Лечение пенициллином начато на 18-й день после ранения (13.VII). По проведении пяти курсов (290 300 единиц) наступило клиническое выздоровление. Посев крови стерилен, гемоглобина 62%, эритроцитов 4 600 000, лейкоцитов 8 000, ядерного сдвига нет. Наблюдение после выздоровления в течение 2 месяцев.

4. Больной Ц., 20 лет, ранен 17.VII.1944 г. В госпиталь поступил 15.VIII. Диагноз: сквозное пулевое ранение левого тазобедренного сустава с повреждением кости; остеомиэлит; сепсис. Оперативному вмешательству подвергался два раза: 18.VII рассечение ран и 24.VIII в ЦНИИГ резекция тазобедренного сустава и бедренной кости на протяжении. Общее состояние очень тяжелое. Температура 37,7—39,9°, пульс 100—120 ударов в минуту. В крови стафилококк p y o e es. Гемоглобина 48%, эритроцитов 3 810 000, лейкоцитов 12 700, ядерный сдвиг резко выражен. Сульфамидотерапия на предыдущих этапах спорадически без эффекта.

Пенициллинотерапия начата на 31-й день после ранения — 19.VIII. По проведении двух курсов (279 000 единиц) наступило клиническое выздоровление от сепсиса. Гемоглобина 55%, эритроцитов 3 720 000, лейкоцитов 11 900, ядерный сдвиг незначительный. Кровь стерильна. Срок наблюдения по выздоровлении 2 месяца.

5. Больной К., 40 лет, ранен 25.VI.1944 г. В госпиталь поступил 9.VII. Диагноз: сквозное пулевое ранение нижней трети правого бедра с повреждением кости; сепсис, септическая пневмония. Оперативному вмешательству подвергался два раза: 25.VI первичная хирургическая обработка (по Юдину) и 17.VII ампутация правого бедра. Общее состояние крайне тяжелое. Температура 38,2—38,8°, пульс 120—130 ударов в минуту. В крови гемолитический стрептококк. Гемоглобина 25%, эритроцитов 1 990 000, лейкоцитов 7 500, ядерный сдвиг резко выражен.

Лечение пенициллином начато на 15-й день после ранения (10.VII). По проведении трех курсов (498 900 единиц) отчетливое клиническое улучшение. В течение последующих 2 месяцев дважды наблюдался трехдневный подъем температуры до 38° в связи с воспалением культи. Сейчас посев стерилен. Гемоглобина 50%, эритроцитов 4 500 000, лейкоцитов 6 300, ядерный сдвиг умеренный.

6. Больной Ш., 32 лет, ранен 22.VI.1944 г. В госпиталь поступил 9.VII. Диагноз: сквозное осколочное ранение средней трети левого бедра с повреждением кости; сепсис. Оперативному вмешательству подвергался четыре раза: 24.VI первичная хирургическая обработка перелома; 25.VII повторная обработка перелома; 31.VII артротомия левого коленного сустава; 18.VIII секвестротомия. Общее состояние тяжелое. Температура 38,2—39,6°. Пульс 120—130 ударов в минуту. В крови стафилококк p o y e es. Гемоглобина 57%, эритроцитов 2 500 000, лейкоцитов 18 600, ядерный сдвиг резко выражен.

Пенициллинотерапия начата на 36-й день после ранения (28.VIII). По проведении трех курсов (132 000 единиц) наступило клиническое выздоровление. Посев стерилен. Гемоглобина 60%, эритроцитов 4 500 000, лейкоцитов 6 200, ядерного сдвига нет. Наблюдение по выздоровлении ведется 1½ месяца.

7. Больной Б., 23 лет, ранен 15.VII.1944 г. В госпиталь поступил 15.VIII. Диагноз: слепое осколочное ранение правого бедра с повреждением кости; остеомиэлит правого бедра, сепсис, токсический энтероколит. Оперативному вмешательству подвергался три раза: 23.VII рассечение раны; 27.VIII секвестротомия; 23.IX повторная секвестротомия. Общее состояние средней тяжести. Температура 37,4—38,8°, пульс 100—120 ударов в минуту. В крови B. perfringens. Гемоглобина 40%, эритроцитов 3 180 000, лейкоцитов 12 500, ядерный сдвиг резко выражен до миэлоцитов включительно. Сульфамидо- и фаготерапия эффекта не дала.

Лечение пенициллином начато на 81-й день после ранения (4/X). По проведении двух курсов (144 000 единиц) наступило клиническое выздоровление. Посев крови стерилен. Гемоглобина 50%, эритроцитов 4 450 000, лейкоцитов 10 000. Наблюдение в течение 2½ месяцев по выздоровлении.

8. Больной Х., ранен 9.VII.1944 г. В госпиталь поступил 15.VIII. Диагноз: сквозное осколочное ранение обеих ягодиц с повреждением левой седалищной кости; сквозное осколочное ранение верхней трети правого бедра с повреждением кости; остеомиэлит; сепсис. Данных о первичной обработке нет. Оперативному вмешательству подвергался три раза: 8.VIII вскрытие затека и резекция левого се-

далищного бугра; 22.XI вскрытие затека на правом бедре; 23.XI секвестротомия. Общее состояние крайне тяжелое. Температура 37—38,6°, пульс 120—140 ударов в минуту. В крови стафилококк pyogenes. Гемоглобина 53%, эритроцитов 3 840 000, лейкоцитов 13 200. Ядерный сдвиг резко выражен. Сульфамидотерапия и фаготерапия эффекта не дали. Лечение пенициллином начато на 73-й день после ранения (21/IX). Было проведено два курса (144 000 единиц). Результаты пенициллинотерапии в данном случае стушевывались частыми задержками оттока гноя. В конечном итоге неоднократные хирургические вмешательства в сочетании с пенициллинотерапией привели к постепенному улучшению. Кровь стала стерильной. Гемоглобина 63%, эритроцитов 4 620 000, лейкоцитов 10 000, ядерного сдвига нет.

Наш клинический материал мы подразделяем на следующие две группы: 1) тяжелые формы местной раневой инфекции — 17 случаев, 2) генерализованная раневая инфекция (раневой сепсис) — 40 случаев.

В зависимости от продолжительности раневого процесса мы вторую группу разделили на две подгруппы: а) раневой сепсис с длительностью до шести недель со дня ранения — 24 случая и б) раневой сепсис с длительностью свыше шести недель со дня ранения — 16 случаев. Выделение этих подгрупп условно, но, как увидим в дальнейшем, оправдывается различными результатами пенициллинотерапии.

Методика лечения[1]. В самом начале настоящей работы мы в течение нескольких дней вводили больным весьма малые дозы пенициллина — от 100 до 200 единиц ежедневно — и быстро убедились в их неэффективности. В дальнейшем мы применяли различные дозы препарата, которые условно подразделяем на малые, средние и большие. Под малыми дозами пенициллина мы подразумеваем дозы от 3 000 до 3 500 единиц в сутки, под средними — дозы от 6 000 до 18 000 единиц в сутки, под большими — дозы в 90 000 единиц в сутки.

Лечение, как правило, было курсовым. Типовым курсом можно считать пенициллинотерапию в течение 8—14 дней. Подобным образом мы лечили подавляющее большинство наших раненых — 54 человека. В 3 случаях неэффективность 8—14-дневного курса вынудила нас удлинить его до 30 дней.

Об эффективности проведенного курса мы судили по следующим показателям: снижению температуры, исчезновению симптомов интоксикации, улучшению картины крови и цитограмм и исчезновению бактериемии. Наблюдавшееся улучшение, как правило, наступало постепенно, становясь отчетливым в течение 3—4 дней от начала применения пенициллина. Такой тип реакции на применение пенициллина мы наблюдали у 44 раненых. Однако последующие наблюдения установили, что наступающее улучшение не всегда оказывается стойким. Это вынудило нас применять двукратные (16 случаев), троекратные (9 случаев), четырехкратные (5 случаев) и даже пятикратные (1 случай) курсы пенициллинотерапии.

Суммарное количество введенного пенициллина колебалось от 15 000 до 498 900 единиц. Подавляющее большинство раненых получило в среднем по 84 403 единицы препарата.

Основными способами введения пенициллина были комбинированные внутримышечные и внутривенные инъекции. Обычно из 4—6 инъекций в сутки одна была внутривенной, а остальные внутримышечными. Внутримышечное и внутривенное вливание пенициллина, как правило, проходило без реакции. В виде исключения наблюдались единичные случаи кратковременного повышения температуры после внутривенных вливаний препарата. В крови после проведения курса пенициллина нередко наблюдалась стойкая эозинофилия (до 12%). Появление эозинофилии обычно сочеталось с улучшением состояния больного, и мы склонны расценивать ее как известный показатель эффективности лечения. Кроме внутривенных и внутримышечных инъекций пенициллина, мы применяли его местно в виде обкалывания и даже инфильтрации дна и стенок раны. Результаты такого применения пенициллина выражались не только в изменении внешнего вида раны (уменьшение гнойной экссудации, некоторое оживление грануляций), но и в отчетливом улучшении общего состояния. Несомненная эффективность подобного местного применения препарата побудила нас производить внутримышечные инъекции пени-

[1] Статья подполковника Португалова содержит данные о наблюдениях, произведенных автором в самом начальном периоде применения пенициллина. В настоящее время дозировки препарата подверглись пересмотру в сторону увеличения доз до 40—100 тысяч международных единиц в сутки. — **Ред.**

циллина возможно ближе к месту расположения септического очага. В частности, при септическом тромбофлебите мы пользовались подобной методикой и получали хорошие результаты.

Считаем существенным остановиться на сроках применения пенициллина у наших раненых. Мы начинали применять пенициллин: до 15-го дня с момента ранения в 2 случаях, с 16-го по 30-й день — в 14, с 31-го по 45-й — в 20, с 46-го по 60-й — в 5, с 61-го по 75-й — в 3, с 76-го по 90-й — в 2, с 91-го по 105-й — в 3, с 106-го по 120-й — в 3, с 181-го по 195-й — в 2, с 196-го по 210-й — в 2 и с 226-го по 240-й — в 1 случае.

Результаты лечения. К оценке результатов лечения пенициллином раневой инфекции следует подходить весьма осторожно. В большинстве случаев

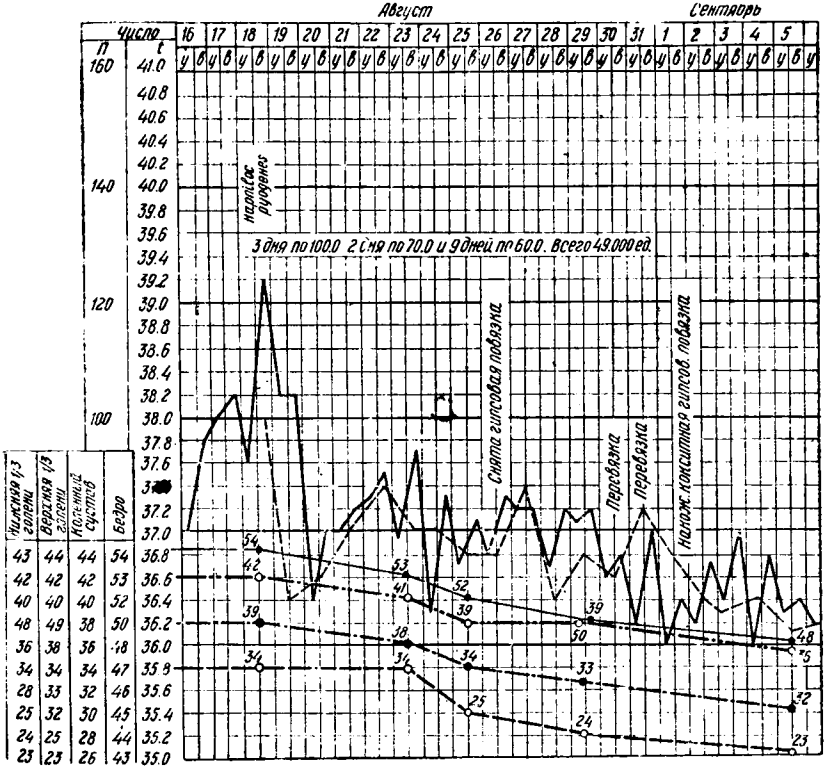


Рис. 1. Температурный лист к истории болезни (раненый К.). Внизу—графическое изображение изменения объема конечности

мы не ограничивались применением пенициллина. Пенициллинотерапия, как правило, сочеталась с хирургическим вмешательством, гемотрансфузиями, диэтотерапией и т. д. В ряде случаев, когда хирургическое вмешательство радикально ликвидировало септический очаг, а пенициллин применялся в малых дозах, лечебный эффект более зависел от оперативного вмешательства, а пенициллин оказывал только способствующее влияние. Однако мы имели раненых с крайне тяжелой генерализованной инфекцией. Одно хирургическое вмешательство в этих случаях было неэффективно. Отчетливое клиническое улучшение наступало лишь непосредственно вслед за применением пенициллина. Это убеждает нас в том, что в данной группе случаев основным лечебным фактором явился именно пенициллин. Следующий случай может служить иллюстрацией сказанного.

Раненый К., подвергшийся на одном из предыдущих этапов радикальной обработке огнестрельного перелома бедра, поступил в наш госпиталь с выраженной картиной сепсиса, одним из проявлений которого был тяжелый тромбофлебит не-

раненой нижней конечности. Проведенный курс пенициллинотерапии (14 дней 49 000 единиц) полностью снял все явления сепсиса и привел к быстрому исче новению тромбофлебита. Тромбофлебит мы лечили внутримышечными инъекция пенициллина, которые производили поблизости от воспаленной бедренной вены всем ее протяжении. Эффект действия пенициллина в данном случае выразил в быстром исчезновении сильных болей в ноге и уменьшении объема бедра 6 см в течение 14 дней. Столь быстрого эффекта мы ни разу не наблюдали п лечении тромбофлебитов другими методами (рис. 1), включая и гирудотерапи

Анализ результатов лечения пенициллином тяжелых форм раневой инфекц убеждает нас в том, что применение препарата в этих случаях, как правил должно сочетаться с исчерпывающим хирургическим вмешательством. Отсутств

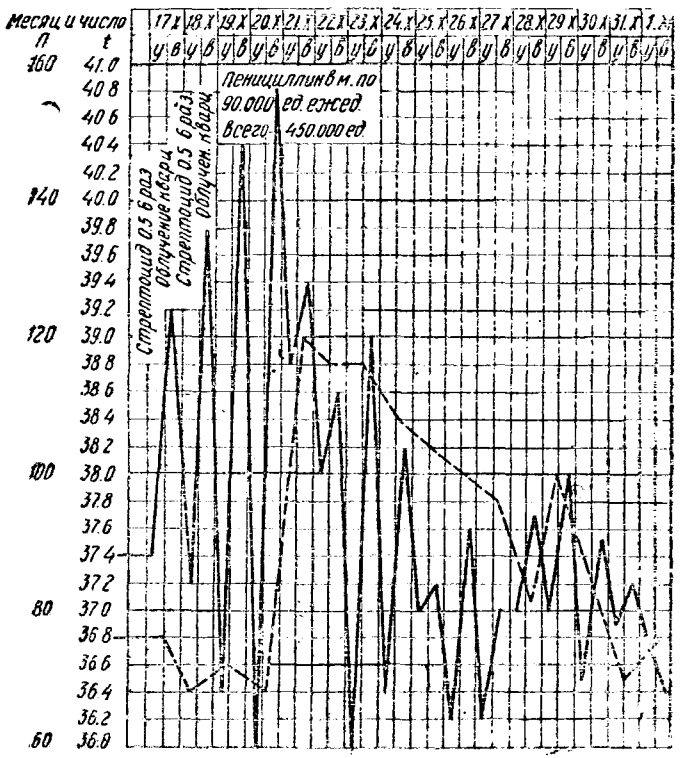


Рис. 2. Температурный лист к истории болезни раненого К.

клинической реакции при применении пенициллина у тяжело раненых свидете ствует о задержании гноя в ране, о наличии флегмоны, гнойного артрита или д гих нагноительных процессов. Хирургическая обработка этих очагов в сочета с применением пенициллина быстро приводит к улучшению состояния ранено

Причиной неэффективности пенициллинотерапии при раневой инфекции яв лось применение этого препарата в малых дозах. Назначение этим же ранен более высоких доз пенициллина быстро давало определенный клинический эфф

Высокие дозы пенициллина мы начали применять по указанию генерал-л генанта медицинской службы акад. С. С. Гирголава.

У раненого К. наблюдалась клиническая картина тяжелого сепсиса в со тании с тромбофлебитом и рожистым воспалением культи правого бедра. При нение стрептоцида и кварца не дало эффекта. После пятидневного примене пенициллина (по 90 000 единиц ежедневно в течение 5 дней) наступило рез улучшение состояния больного, ликвидировался рожистый процесс, темпера быстро упала до субфебрильных цифр (рис. 2).

Исходы наблюдавшихся нами случаев таковы:

1. Группа местной раневой инфекции. Во всех 17 случаях клиническое выздоровление. Все больные ходят и продолжают прибывать в весе.

2. Группа раневого сепсиса. Подгруппа «а». Из 24 раненых 23 выздоровели, 1 умер. По данным вскрытия, причиной смерти в этом случае явилась жировая эмболия. Выздоровление раненых этой подгруппы надо понимать как полное исчезновение симптомов сепсиса. В частности, температура у всех 24 раненых сейчас нормальная. Местные воспалительные изменения у 18 раненых этой подгруппы приняли хронический характер, 5 раненых выздоровели полностью и прошли освидетельствование в комиссии. Интересно отметить, что у 3 раненых этой подгруппы, несмотря на полное отсутствие клинических симптомов сепсиса после проведенной пенициллинотерапии, наблюдалась стойкая бактериемия (в 2 случаях стрептококковая, в 1 случае стафилококковая). Наличие бактериемии побудило нас провести повторные курсы лечения пенициллином, после которых посев крови оказался стерильным. Теперь эти раненые здоровы.

В подгруппе «б» было 16 раненых. Значительное улучшение после пенициллинотерапии наступило у 13. Трое раненых умерли. Причиной смерти, по данным патологоанатомического вскрытия, явилась септикопиемия в 2 случаях и острое расширение желудка — в одном.

Улучшение в этой группе выражается в снижении температуры до нормы (7 случаев) или до субфебрильных цифр (6 случаев). Симптомы септической интоксикации у всех 13 раненых отсутствуют. Однако мы предпочитаем говорить об улучшении состояния, а не о полном выздоровлении. Длительное наблюдение подобных раненых показало нам возможность рецидивов септического процесса. В частности, подобные рецидивы в данной группе мы наблюдали шесть раз. Это вынудило нас назначать повторные курсы пенициллинотерапии.

Наряду с клиническим изучением эффективности действия пенициллина в лаборатории госпиталя мы изучали влияние пенициллинотерапии на микрофлору крови и ран, на картину крови, на цитограммы раневого экссудата, на основной обмен и т. д. Бактериологическая лаборатория (нач. — капитан медицинской службы Васильева) результаты влияния пенициллинотерапии на стерильность крови при раневом сепсисе свела в нижеследующую таблицу.

Наименование микробов	Стрептококк гемолитический	Стрептококк негемолитический	Стрептококк анаэробный	Стафилококк пиогенный	B. perfringens	Смешанная флора	Отрицательные результаты
Результат посевов крови до применения пенициллина	19	4	1	9	4	3	10
Результат посевов крови по окончании пенициллинотерапии (данные последних анализов)	2	1	—	4	2	1	34

Как видно из данных таблицы, применение пенициллина значительно уменьшило количество положительных результатов посевов крови. Напротив, число отрицательных результатов возросло почти в $3^1/_2$ раза.

Сотрудница Академии наук УССР д-р биол. наук Г. М. Френкель, работающая на базе бактериологической лаборатории нашего госпиталя, установила, что пенициллин действует бактериостатически на большинство культур стафилококков и стрептококков, выделенных из крови раненых, больных сепсисом. Из 31 культуры стафилококков 4 оказались резистентными в отношении пенициллина, из 26 культур стрептококков — 6. Эти культуры были резистентными как по отношению к американскому, так и по отношению к советскому пенициллину. Изучение динамики изменений микрофлоры крови 11 септических больных, леченных

пенициллином, показало ослабление патогенных свойств, изменчивость морфо гии и исчезновение этих микробов из крови и мочи больных. В 3 случаях по лечения пенициллином в крови и моче больных были обнаружены пенициллин резистентные культуры.

Весьма интересным в бактериологическом отношении является такой слу чай. У раненого через 12 дней после ранения при высокой температуре и тяжело общем состоянии был найден в крови гемолитический стрептококк. После резек ции коленного сустава через 12 дней в крови найдена культура того же стре тококка. После назначения пенициллина через 12 дней при улучшении общего со стояния раненого из крови и мочи была выделена такая же самая культура гемо литического стрептококка. Через три недели после трех курсов пенициллин терапии уже при нормальной температуре у этого раненого из крови была выде лена культура стрептококка с резко измененными морфологическими и биолог ческими свойствами. Стрептококк этой измененной культуры отличался своим короткими цепочками, местами палочковидными формами. В биологическом отно шении выделенная культура отличалась слабым ростом на питательных средах отсутствием способности вызывать гемолиз на кровяном агаре.

При изучении цитограмм больных, леченных внутривенным и внутримышеч ным введением пенициллина, капитан медицинской службы Тарачухина обнару жила следующие характерные особенности по сравнению с цитограммами боль ных, не леченных пенициллином. В острых случаях сепсиса микрофлора ра уменьшается или исчезает. Уменьшение флоры идет за счет исчезновения или изменчивости стрептококков и стафилококков. В хронических случаях сепси флора количественно остается без изменений. В острых случаях сепсиса фагоц тоз заметно активируется, а в хронических—остается без изменений. Со стороны клеточных элементов раневого экссудата наблюдаются дегенеративные изме нения.

Картина крови у леченных пенициллином постепенно улучшается, причем особенно рельефно выражено нарастание количества эритроцитов и снижени лейкоцитоза. Названные изменения наблюдаются только в тех случаях, которы сопровождаются клинически выраженным улучшением. Выраженных изменений со стороны лейкоцитарной формулы в этих же случаях мы не наблюдали.

При изучении основного обмена и дыхательного коэфициента у 17 больны раневым сепсисом, леченных пенициллином (капитан медицинской службы Шлионская), в 9 случаях отмечено параллельно с улучшением общего состояни повышение дыхательного коэфициента и возвращение основного обмена к нор мальным цифрам. В 3 случаях, закончившихся летально, дыхательный коэфи циент снижался, а основной обмен оставался повышенным. В 4 случаях *RQ* бы до и после лечения нормальным. В одном случае после лечения пенициллином *RQ* остался на низком уровне и лишь после оперативного вмешательства возвратился к норме.

Влияние пенициллинотерапии на карбоангидразу крови в 20 случаях раневого сепсиса изучала начальник биохимического отделения госпиталя канд. мед. наук майор медицинской службы Гейман. Она в 12 случаях отметила быстрое и до вольно стойкое повышение карбоангидразы по окончании курса пенициллинотера пии. У 6 больных понадобилось известное время или повторение курса для выяв ления аналогичного эффекта. 2 больных, находившиеся в период применения пе ниц иллина уже в крайне тяжелом состоянии и впоследствии погибшие, совсем не дали повышения карбоангидразы (у одного из них она даже несколько снизи лась). Таким образом, не только клиническая симптоматика, но и более точны данные бактериологического, гематологического и биохимического обследов ний говорят о несомненной эффективности применения пенициллина при тяжелы формах раневой инфекции.

Выводы

1. В 53 случаях тяжелой местной и общей гнойной инфекции (из 57) прим нение пенициллина в сочетании с хирургическим вмешательством дало хороши эффект.

Из группы раневого сепсиса (40 человек) выздоровело 36, умерло 4 (2 от р невого сепсиса и 2 от случайных причин).

2. Пенициллин должен, как правило, применяться в сочетании с исчерпывающим и своевременным хирургическим вмешательством.

3. Отсутствие эффекта при пенициллинотерапии часто служит указанием на наличие невскрытого гнойного очага.

4. Дозы 3 000—3 500 единиц в сутки были эффективны только при лечении местных нагноительных процессов.

В остром периоде раневого сепсиса для получения терапевтического эффекта требовались дозы пенициллина не менее 6 000—18 000 единиц в сутки.

При хроническом сепсисе или в упорных случаях острого раневого сепсиса эти дозы должны быть значительно повышены (до 90 000 единиц в сутки).

5. Из всех существующих методов пенициллинотерапии наиболее эффективным следует признать метод комбинированного общего и местного применения препарата, подразумевая под местным способом нашу методику инфильтрации дна и стенок раны пенициллином (глубокая пенициллиновая антисептика раны).

Генерал-майор медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН

МЕДИЦИНСКИЙ РАСПРЕДЕЛИТЕЛЬНЫЙ ПОСТ КАК ОРГАН УПРАВЛЕНИЯ ЭВАКУАЦИЕЙ[1]

В основу организации лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий войск Красной Армии положен принцип этапного лечения с эвакуацией по назначению.

Практическое осуществление этого принципа нередко встречает затруднения. Эти затруднения объясняются иногда недостатком санитарного транспорта при значительном поступлении раненых. Однако зачастую они зависят от недостаточно четкого управления эвакуацией раненых.

Опыт показывает, что на важнейших армейских эвакуационных направлениях необходимо иметь специальный орган, который непосредственно осуществлял б руководство эвакуацией.

Надо сказать, что перед войной мы не вполне отчетливо представляли 1 обстановку в войсковом и армейском тылу, в которой должна работать медицинская служба. Так, например, мы предполагали, что, как правило, каждая стрелковая дивизия будет иметь отдельную дорогу для подвоза и эвакуации. Мы предполагали также, что каждый стрелковый корпус в подавляющем большинстве случаев будет иметь свою автомобильную дорогу. Опыт Великой отечественной войны показал, что так бывает далеко не всегда. Современные наступательные операции, в которых обычно приходится прорывать сильно укрепленную, с большой плотностью огня оборону противника, характерны сосредоточением значительных масс войск, действующих в узких полосах. При этом во многих случаях оказывается, что на одну дорогу в войсковом тылу базируется несколько дивизий. В армейском тылу на одну автомобильную дорогу базируется несколько крупных войсковых соединений. При этом неизбежно групповое расположение этапов эвакуации вдоль дороги, «в затылок» друг другу. Войсковые соединения несут потери неравномерно. Это обусловливает в свою очередь неравномерность поступления раненых в медико-санитарные батальоны (МСБ) и, следовательно, неравномерную их загрузку. Расположение этапов эвакуации «в затылок друг другу» также влечет за собой нередко неравномерное поступление раненых. Передние МСБ испытывают наибольший приток раненых (особенно ночью), тогда как расположенные позади МСБ остаются незагруженными.

Между тем опыт показывает, что перегрузка этапов эвакуации крайне неблагоприятно отражается на качестве хирургической работы, а также на обслуживании раненых. Для того чтобы избежать этого, необходимо стремиться к рассредоточению потока раненых между этапами эвакуации, подчиняя это рассредоточение принципу эвакуации по назначению. Это возможно лишь при условии хорошо организованного управления эвакуацией раненых на основных эвакуационных направлениях.

В советско-финляндскую войну 1939—1940 гг. в 8-й армии делались попытки разрешить эту задачу путем назначения начальника грунтовой санитарной эвакуации. Эта попытка тогда не дала полного разрешения вопроса.

На Северокавказском фронте мы попытались разрешить задачу управления потоком раненых путем организации системы распределительных постов (РП

[1] Из опыта лечебно-эвакуационного обеспечения операций по освобождению Кубани и Крыма в 1943/44 г.

Идея РП не нова. Необходимость создания РП для распределения раненых в каждом коллекторе госпиталей была осознана еще в советско-финляндскую войну. Такой РП, в частности, был организован нами в Сальми для коллектора развернутых там полевых подвижных госпиталей (ППГ). Правда, в то время мы понимали задачи РП весьма упрощенно, возлагая на них механическое распределение раненых между тремя госпиталями, дислоцированными в Сальми. В соответствии с этим начальником РП назначался санинструктор или даже опытный санитар.

РП довольно широко применялись на Западном фронте еще в 1942 г. для коллекторов ППГ второй линии. На Северокавказском фронте мы также создавали такие РП, назвав их местными. Наряду с этим на важнейших эвакуационных направлениях мы организовали армейские РП, возложив на них задачу управления потоком раненых.

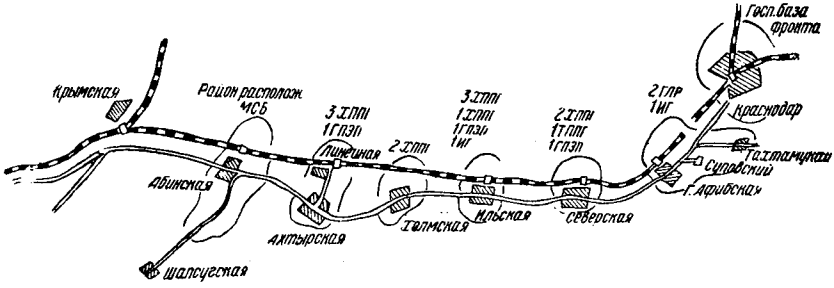


Рис. 1. Схема расположения медицинских учреждений N-ской армии в апреле 1943 г. (показаны лишь развернутые учреждения).

К организации РП нас побудила оценка конкретной обстановки, в которой протекала работа медицинской службы.

Войска Северокавказского фронта, разгромив немецко-фашистских захватчиков в горах и предгорьях Кавказского хребта, отбросили их к марту 1943 г. к низовьям Кубани. Во второй половине марта наши войска освободили крупные населенные пункты — Славянскую, Абинскую, Шапсугскую станицы. Придавая исключительно важное значение своему плацдарму на Кубани, немцы возвели здесь целую систему мощных оборонительных сооружений, названных ими «голубой линией». Сами немцы объявили ее неприступной. В этой системе немцы максимально использовали географические особенности местности, благоприятствующие обороне, — водные рубежи, плавни, командные высоты и гористые участки. Наши войска готовились к дальнейшему наступлению на станицу Крымская и далее на станицу Варениковская. Местность, на которой действовали наши войска, открытая; лесов здесь очень мало, как мало и населенных пунктов. Войсковые соединения базировались на ограниченное количество грунтовых дорог. Основной автомобильной дорогой в N-ской армии, наносившей главный удар, являлась дорога Краснодар — Крымская. На этой дороге располагался ряд крупных станиц: Северская, Ильская, Холмская, Ахтырская, Абинская. Параллельно ей шла железная дорога, недавно восстановленная и имевшая ограниченную пропускную способность. Это обстоятельство, а также значительная активность авиации противника побуждали предусматривать эвакуацию раненых не только по железной дороге, но и грунтом. К концу марта МСБ N-ской армии дислоцировались в станице Абинская и восточнее. Армейские лечебные учреждения дислоцировались коллекторами по станицам на основной автомобильной дороге «в затылок друг другу» (рис. 1). Такое дислоцирование не было случайным. Оно сложилось постепенно, по мере наступления наших войск и продвижения за ними армейских лечебных учреждений. Ввиду затруднений в эвакуации раненых все армейские госпитали имели в марте значительную загрузку, вследствие чего как бы «отяжелели». Даже к началу активных наступательных действий (первые числа апреля) армейские госпитали не удалось в достаточной мере освободить от раненых. Недостаток палаток крепко «привязывал» госпитали к населенным пунк-

там. Хирургические полевые подвижные госпитали (ХППГ) первой линии дислоцировались в станице Ахтырская на расстоянии 7—10 км от МСБ. Мы не стали изменять эту дислокацию по следующим соображениям: 1) все госпитали имели загрузку; 2) ближе к МСБ не было жилого фонда; единственная в районе МСБ станица Абинская подвергалась интенсивным воздушным бомбардировкам и артиллерийскому обстрелу противника. Кроме того, из района МСБ в станицу Ахтырская и далее на восток вела отличная грунтовая дорога. Учитывали мы и условия предстоящих боевых действий: ввиду необходимости преодолевать сильно укрепленную оборону противника трудно было ожидать стремительных темпов наступления наших войск.

Охарактеризованное выше состояние армейских лечебных учреждений побуждало особенно четко организовать управление эвакуацией раненых и их рассредоточение. С этой целью еще в апреле 1943 г. было принято решение организовать армейский РП. С учетом дислокации лечебных учреждений мы избрали местом развертывания армейского РП рубеж войскового и армейского тыла, расположив РП на западной окраине станицы Ахтырская. На РП должен был находиться ответственный представитель начсанарма (начальник медицинской эвакуации направления). В качестве такого представителя чаще всего назначался начальник эвакуационного отдела армейского полевого эвакопункта или его помощник или начальник головного эвакопункта. В помощь к нему и для связи с лечебными учреждениями выделяли офицера медицинской службы. На РП мы считали целесообразным также организовать пункт сбора донесений (главным образом для войсковых медицинских начальников). Так как между РП и МСБ постоянно курсировали санитарные машины, то доставка донесений (в дополнение к телеграфным) о потерях, о загрузке этапов, о ходе эвакуации и т. п. не представляла никаких затруднений.

Для эвакуации раненых в распоряжение РП выделялось не менее взвода санитарных автомашин. Предвидя возможность недостатка санитарного транспорта в условиях значительного поступления раненых, мы предусмотрели использование для эвакуации войскового порожняка. С этой целью мы развернули РП совместно с постом регулирования дорожной службы.

В дальнейшем такое развертывание применялось как правило. В крайнем случае на армейский РП обязательно выделялся регулировщик дорожной службы. Все МСБ и армейские лечебные учреждения должны были не реже двух раз в сутки сообщать армейскому РП сведения о загрузке. ХППГ первой линии представляли эти сведения непосредственно в армейский РП, госпитальные коллекторы, расположенные позади, — через свои местные РП. Руководствуясь сведениями, РП высылал санитарный транспорт для разгрузки МСБ и эвакуировал раненых в армейские госпитали. В последнем случае РП руководствовался характером поражения (болезни), профилем госпиталей и их загрузкой. Для облегчения простейшей сортировки, проводимой на РП, МСБ должны были делать на лицевой стороне медицинской карточки передового района отчетливые надписи цветным карандашом: «голова», «бедро», «сустав», «АГЛР», «обработан», «не обработан» и т. п. РП развертывался либо в помещениях (если была такая возможность), либо в двух-трех палатках. Непосредственно на РП работал следующий состав: врач — 1 (не считая представителя начсанарма фельдшеров—2, медицинских сестер—1—2, санитаров—6—10. Место расположения РП обозначалось хорошо заметным указателем со знаком Красного креста и надписью: «РП, остановка машин с ранеными». У указателя непрерывно находился дежурный санитар с нарукавной повязкой Красного креста. Ночью место расположения РП обозначалось фонарем со знаком Красного креста. Машины с ранеными останавливались у РП. Здесь по медицинским карточкам передового района врач производил сортировку раненых. Раненые, нуждающиеся в специальной помощи, направлялись им в соответствующий специализированный ХППГ, необработанные хирургически и отяжелевшие — в ХППГ первой линии, обработанные — в эвакоприемник, армейский госпиталь легко раненых (АЛГР) или ХППГ второй линии. В соответствии с результатами сортировки «производилось» переукомплектование машин с ранеными. Помещения РП и предназначались для кратковременного пребывания раненых, ожидавших погрузки на другие машины. К переукомплектованию машин приходилось прибегать потому, что МСБ очень трудно было грузить машины однородным контингентом раненых

В стремлении максимально использовать емкость машины на нее в МСБ грузились обычно как носилочные раненые, в том числе нуждающиеся в специальной помощи, так и легко раненые. Как правило, на РП не снимались с машин носилочные раненые, подлежащие направлению в госпитали, расположенные на одной дороге. Если раненые прибывали на РП на автомашине МСБ, то эти машины далее рубежа ХППГ первой линии в тыл не направлялись. От армейского РП тяжело раненых эвакуировали на санитарном транспорте РП, а ходячих раненых — на порожняке войскового транспорта. Направление раненых в лечебные учреждения фиксировалось отчетливой надписью на медицинской карточке передового района: «ХППГ 11 — Холмская», «ГОПЭП 133 — Северская» и т. п. При погрузке раненых на машины соблюдалось правило, согласно которому машина не заезжала более чем в два госпиталя. При этом тяжело раненые не должны были сниматься с носилок. Те носилки, на которых доставлялись раненые, подлежали замене из обменного фонда РП. Персоналу РП вменялось в обязанность произво-

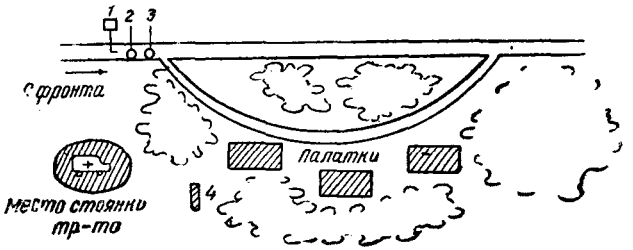


Рис. 2. Примерная схема расположения армейского РП: *1* — указатель РП; *2* — дежурный санитар; *3* — регулировщик поста регулирования дорожной службы; *4* — полевая уборная

дить сортировку раненых на РП в максимально короткие сроки. Длительная задержка раненых на РП категорически запрещалась. Опыт показал, что раненые не находились на РП более 30—50 минут. Общая схема развертывания РП показана на рис. 2.

На оснащении РП состояло медицинское имущество, необходимое для оказания срочной несложной помощи: перевязочный материал, шины, симптоматические средства, иодная настойка, шприц, раствор для холодной стерилизации, стерилизатор, спиртовки, жгуты, носилки, кипятильник или большие чайники для кипячения воды, посуда. Кроме того, на РП был создан запас продовольствия (сухим пайком). Питание (горячий чай, бутерброды) получали лишь раненые, которые задерживались на РП в ожидании погрузки в машины для следования в тыл. На РП велся учет поступивших раненых и их распределения между лечебными учреждениями. Для учета применялась форма, принятая в 1942 г. на Западном фронте.

Ведение листа несложно: в числителе показывается, какое количество раненых из данной партии (машин) направлено в тот или иной госпиталь, в знаменателе — нарастающим итогом показывается общее число раненых, направленных в определенный госпиталь. Так, например, в первой строчке показано, что из 20 раненых, поступивших из МСБ 171, направлено в ХППГ 11 4 человека, во второй строчке показано, что из 12 раненых, поступивших из МСБ 160, направлено в тот же ХППГ 1 человек, а всего в этот ХППГ 5 человек. Это обозначено на листе учета дробью — в первой строчке $^4/_4$, во второй $^1/_5$.

Такова в общих чертах организация работы основного РП, названного нами армейским и выполнявшего функции управления эвакуацией на главном эвакуационном направлении. Наряду с этим мы создали РП для всех коллекторов госпиталей второй и третьей линии. Эти местные РП имели меньший штат: врач 1, медицинских сестер 1—2, санитаров 2—4. Иногда РП возглавлялся опытным фельдшером. Но и эти РП мы стремились развертывать по возможности совместно с постами регулирования дорожной службы или в непосредственной близости к КПП (контрольно-поверочный пункт).

Лист учета раненых и больных, поступивших на РП . . с . . . . . .
(часы, дата)

Марка машины, подразделение части	Откуда прибыла	Количество раненых	Наименование госпиталя, его профиль				
			Наличие свободных мест на___				
			ХППГ 11 общехирургических—105	ХППГ 12 голова—75	ХППГ 13 бедро-сустав—125	ГЛР 101—245	ЭП 49—300 и т. д.
ЗИС-8, АСР 10	МСБ 171	20	4/4	2/2	1/1	5/5	8/
ГАЗ-АА пер.	МСБ 160	12	1/5	—	—	9/14	2/
ЗИС-16, АСР 10	МСБ 17	21	8/13	2/4	2/3	2/16	7/
ЗИС-8, АСР 10	ХППГ 19	18	4/17	2/5	3/6	2/18	7/
и т. д.							

Опыт организации РП себя полностью оправдал, и в последующем мы созда вали армейские РП во всех наступательных операциях по освобождению Тамани и Крыма.

Что же дала организация РП? Во-первых, МСБ освобождались от необходи мости знать дислокацию и профиль армейских госпиталей, эвакуируя раненых армейскому РП, что особенно было важно в наступательных операциях. Во-вто рых, медицинские начальники войсковых соединений и командиры МСБ имел регулярную связь с представителем начсанарма, находящимся на РП. Это обес печивало, в частности, своевременную подачу к МСБ санитарного транспорта В-третьих, наличие РП позволяло бесперебойно использовать порожняк войско вого транспорта для эвакуации ходячих раненых. В-четвертых, армейский Р обеспечивал эвакуацию раненых по назначению и целесообразное их рассредото чение между лечебными учреждениями, имеющими одинаковый профиль. Тем са мым исключалась неравномерность загрузки учреждений и образование в них та называемых «пробок». Следует отметить, что при отсутствии РП в условиях зна чительного потока раненых избежать таких «пробок» в отдельных госпиталя нелегко. Объясняется это тем, что МСБ эвакуируют раненых в определенны армейские госпитали, не учитывая, разумеется, их загрузки. Например, все ра неные в голову попадают из МСБ в один специализированный госпиталь, ране ные, подлежащие эвакуации во фронтовой тыл, попадают в эвакоприемник (ЭП и т. д. Естественно, что при этом в отдельные госпитали раненые могут поступат в таком количестве, которое превысит емкость и хирургические возможност данного учреждения. Вряд ли нужно доказывать, что не следует этого допу скать. Разумеется, каждый раненый, нуждающийся в неотложной помощи или в госпитализации, должен ее получить на том медицинском этапе, куда он достав лен. В отношении большинства остальных раненых целесообразнее проводит принцип рассредоточения их между учреждениями одинакового профиля. Выгод нее, не допуская переполнения этапа, эвакуировать раненого в тыл на следующий менее загруженный этап. В этом случае раненый получит там необходимую меди цинскую помощь и обслуживание скорее, чем если бы ему пришлось ее ожидат на перегруженном этапе. Лишь один административный подход к работе меди цинского этапа («всех принять, всех обработать хирургически») без учета реаль ных его возможностей только повредит лечебному делу. Вот почему целесоо разно рассредоточение раненых, вот почему оказалась целесообразной организа ция РП.

Учет возможностей каждого медицинского этапа мы считали необходимы условием для правильного управления эвакуацией раненых. С этой целью арме ский хирург, разрабатывая план хирургического обеспечения операции, долж был не только составить соображения о необходимой расстановке хирургическ

кадров (путем маневра группами ОРМУ и свернутых учреждений), но и определить пропускную способность каждого этапа по хирургической работе. Особое внимание обращалось при этом на организацию специализированной лечебной помощи. В дальнейшем необходимые для управления эвакуацией данные высылались представителю начсанарма на РП в виде таблицы.

Наличие на РП такой таблицы способствовало правильному распределению раненых между армейскими лечебными учреждениями. В качестве основного критерия при направлении раненых в тот или иной госпиталь одинакового профиля была взята 12-часовая производительность по хирургической работе. Так, например, после того как в ХППГ 11 (см. таблицу на стр. 45) было направлено из РП 18 человек, раненных в бедро и крупные сосуды (т. е. примерно половина суточной загрузки), вновь поступающие раненые с такой же локализацией направлялись в эвакуационный госпиталь (ЭГ) 103. После того как в этот ЭГ было направлено 12 человек раненых, возобновлялось направление их в ХППГ 11. Разумеется, при определении места эвакуации должно было учитываться состояние раненого и, кроме того, в необходимых случаях сроки, прошедшие с момента ранения.

Охарактеризованные выше условия работы медицинской службы в наступательных операциях, а также положительные результаты, достигнутые созданием РП, побудили распространить эту организацию и на войсковой район. В июле 1943 г. были организованы так называемые корпусные или войсковые РП, на которые была возложена задача распределения раненых между МСБ, дислоцированными в одном районе. Организация РП и руководство их работой были возложены на корпусных врачей. Начальником корпусного РП назначался, как правило, опытный фельдшер, кроме него, в составе РП работало посменно 2 санитара-регулировщика. При наличии в одном районе значительного количества МСБ (двух корпусов), а также при большом потоке раненых, как показал опыт, более целесообразно назначать начальником РП врача. Опыт также показал, что в некоторых случаях для лучшего распределения раненых между МСБ двух корпусов целесообразнее возлагать руководство работой РП не на одного из корпусных врачей, а на начсанарма.

Корпусный РП развертывался в замаскированном «с воздуха» месте, на стыке дорог, ведущих из ПМП и МСБ. Место расположения РП обозначалось флагом Красного креста и указателем. Корпусные РП мы также стремились развертывать совместно с дорожной службой, что обеспечивало бесперебойное использование порожняка. Характерно, что с момента организации РП на дорогах исчезли легко раненые, идущие пешком. Переукомплектование машин с ранеными на корпусном РП производилось в виде исключения. Однако мы считали целесообразным иметь на РП дежурную автомашину или повозку. При распределении раненых между МСБ в качестве критерия, по аналогии с армейским РП, была взята 12-часовая производительность МСБ по хирургической работе (в среднем от 100 до 125 раненых, в том числе 6—8 с проникающими ранениями в грудь и живот). В таком количестве раненые направлялись с РП в МСБ своей дивизии, после чего поток раненых из данной дивизии распределялся между другими МСБ. Легко раненые по возможности направлялись в МСБ своих дивизий. Это производилось для того, чтобы обеспечить задержку в командах выздоравливающих МСБ раненых с короткими сроками лечения. Все МСБ должны были не реже двух-трех раз в сутки сообщать РП сведения о загрузке и о числе раненых, находящихся в приемно-сортировочном отделении. На РП велся учет загрузки МСБ и количества направленных в них раненых. МСБ должны были обмениваться между собой сведениями о раненых, поступивших из других дивизий. При развертывании в районе МСБ ХППГ первой линии корпусные РП должны были направлять раненых и на этот этап медицинской эвакуации.

* * *

Многомесячный опыт работы армейских и корпусных РП на Северокавказском фронте подтвердил целесообразность их организации. Особое значение мы придаем армейскому РП как органу, призванному обеспечивать эвакуацию по назначению и рациональное рассредоточение раненых между лечебными учреждениями. Армейские РП в том виде, в каком они существовали на Северокавказском фронте, по нашему опыту целесообразно создавать в предвидении значительного

потока раненых на основных эвакуационных направлениях. Наиболее целесообразным местом развертывания армейского РП является рубеж войскового и армейского тыла медицинской службы. Это соответствует стыку дорог, ведущих МСБ и ХППГ первой линии в коллектор лечебных учреждений первого эшелона ГГА или при въезде в этот коллектор.

Армейский РП должен работать под непосредственным руководством представителя начсанарма — начальника медицинской эвакуации направления. Для выполнения его обязанностей должен назначаться энергичный, опытный офицер медицинской службы (врач) из состава управления армейского полевого эвакопункта или один из начальников головных полевых эвакопунктов. Он должен работать согласно четким указаниям начсанарма, определяющим его образ действия при управлении эвакуацией и рассредоточении раненых между госпиталями. Мы не считаем возможным рекомендовать в качестве обязательных те критерии, которые применялись на РП Северо-кавказского фронта при распределении раненых. Эти критерии необходимо устанавливать каждый раз на основе учета конкретной обстановки. Однако мы считаем нужным подчеркнуть, что эти критерии должны быть несложными как при практическом применении в текущей работе так и при ведении учета. Необходимым условием для эффективной работы армейского РП является бесперебойная связь его с войсковыми медицинскими начальниками и командирами МСБ, а также с армейскими лечебными учреждениями. Только при этом условии возможна планомерная эвакуация раненых (рис. 3). Участие дорожной службы при организации РП мы считаем крайне нужным для бесперебойного

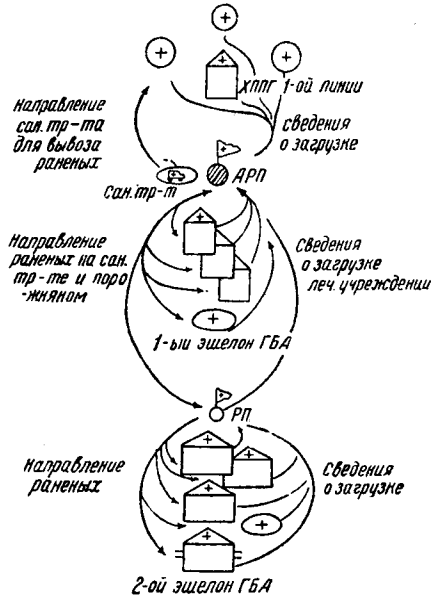


Рис. 3. Принципиальная схема управления потоком раненых при системе распределительных постов

использования порожняка войскового транспорта. Как показал опыт работы на Северокавказском фронте, реализация этого мероприятия практически не встречает затруднений. Работники армейской дорожной службы настолько оценили работу

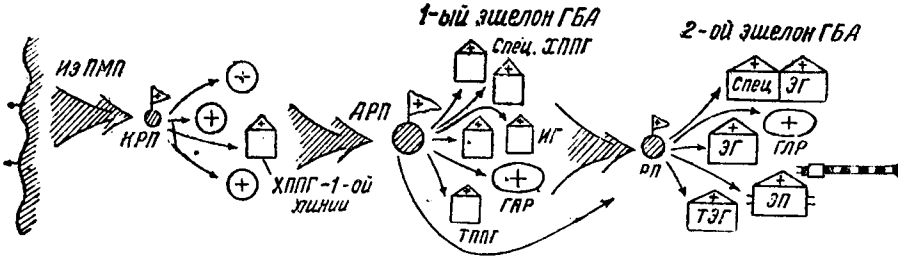


Рис. 4. Схема эвакуации раненых при системе РП

распределительных постов и привыкли к их организации, что нередко сами запрашивали санитарный отдел о месте развертывания РП. Принципиальная схема эвакуации раненых при системе распределительных постов показана на рис. 4.

В заключение мы считаем излишним остановиться на терминологии. Организация распределительных постов все шире и шире находит применение в медицин-

Примерное распределение между лечебными учреждениями раненых, поступающих на РП N-ской армии из расчета поступления их до 1 200—1 250 за сутки

Категория раненых	Первый эшелон ГБА				Второй эшелон ГБА					Примечание
	ХППГ 11	ХППГ 12	ХППГ 13	ГЛР 101	ЭГ 101	ЭГ 103	ХППГ 15	ЭП 49	ГЛР 102	
1. Раненые, нуждающиеся в специальной помощи:										[1] В том числе 25—35 носилочных
а) голова	—	70—80[1]	—	—	35—40[2]	—	—	—	—	[2] В том числе 15—18 носилочных
б) бедро, крупные суставы	36—42	—	—	—	—	24—30	—	—	—	
в) грудь, живот, урологические	—	—	24—30	—	10—12	—	—	—	—	
2. Группа носилочно-раненых (общехирургических) . . .	—	—	20—30[3]	—	—	50	100	100	—	[3] Из числа нуждающихся в срочной помощи и госпитализации
3. Група ходячих раненых:										
а) срок лечения до 30 дней	—	—	—	120—130	—	—	—	—	130—150	
б) остальные	—	—	—	—	—	—	100	300—350	—	

Раненые, подлежащие эвакуации во фронтовой тыл, направляются из первого эшелона ГБА в следующем порядке: раненные в голову—в ЭГ 101, раненные в бедро и крупные суставы—в ЭП 49, раненные в грудь и живот—в ЭГ 101, раненые общехирургические—в ЭП 49.

ской службе, причем этим постам присваиваются самые разнообразные назван
Поэтому вполне своевременно поставить вопрос об единообразной терминологи
названии РП.

Мы считаем целесообразным пользоваться термином «медицинский расп
делительный пост», сокращено — МРП. Если принять такой термин,
целесообразно назвать МРП, ведающие распределением раненых между МСБ
ХППГ первой линии, войсковыми (войсковой МРП). МРП, на котором находи
ся начальник эвакуации направления, следует назвать армейским (армейск
МРП). МРП, обслуживающему лишь определенный госпитальный коллек
присвоить название МРП коллектора. Связывать название МРП с лицами
учреждениями, на которые возлагается их организация, вряд ли целесообраз
ибо это является непостоянным элементом. Поэтому правильнее исходить
определении названия МРП из места их развертывания и выполняемых функц

★

Генерал-майор медицинской службы проф. Ф. Г. КРОТКОВ

ВОЕННАЯ ГИГИЕНА В ОТЕЧЕСТВЕННУЮ ВОЙНУ

Великая отечественная война выдвинула ряд важных гигиенических проблем, потребовавших срочного и правильного решения в соответствии с данными современной науки. Больше того, в ходе войны выявилась необходимость создания специальной организации по гигиеническому обслуживанию войск на фронте и в тылу. Этого настоятельно требовала и сложность гигиенических задач, возникающих в ходе войны, и масштабы осуществления гигиенических мероприятий.

В результате своевременно проведенных мер Красная Армия получила стройную гигиеническую организацию, укомплектованную кадрами опытных специалистов. Опыт войны в полной мере доказал ее жизненность и необходимость.

Русские гигиенисты всегда принимали деятельное участие в войнах, которые приходилось вести нашему народу. В прошлом столетии гигиенические мероприятия в войсках проводились такими видными деятелями военной медицины, как Виллье, Пирогов, Боткин и др. К концу столетия, когда гигиена оформилась как самостоятельная дисциплина, ее представители в лице профессоров Ф. Ф. Эрисмана, А. П. Доброславина, И. П. Скворцова, Г. В. Хлопина и других видных ученых принимали деятельное участие в разрешении вопросов гигиенического порядка, связанных с нуждами и требованиями военного времени. Однако это участие не было постоянным и носило характер эпизодических выездов на фронт для разрешения тех или иных частных вопросов (дезинфекционные мероприятия на транспорте, очистка полей сражения, организация полевого водоснабжения и пр.).

Только в период Великой отечественной войны гигиеническая наука получила полное признание и нашла постоянное место в системе медицинского обеспечения войск. История войн еще не знала такого широкого внедрения гигиенических мероприятий в практику медицинского обеспечения войск, как в настоящее время. Ни в одной армии мира не было и нет ничего похожего на гигиеническую организацию Красной Армии в период Великой отечественной войны.

В этой связи нельзя не коснуться состояния гигиенического обслуживания войск в лагере наших врагов. Справедливость требует признать, что если в первую мировую войну германская армия располагала неплохо организованной гигиенической службой, то в настоящей войне гигиеническая служба гитлеровской армии оказалась на неизмеримо более низком уровне. Это касается и организации гигиенического обеспечения войск, и санитарно-технического оснащения армии. Захваченные у немцев официальные наставления и указания по военной гигиене не представляют ничего оригинального и поучительного. Они свидетельствуют о широком заимствовании нашими врагами опыта гигиенического обеспечения советских войск. Это касается и профилактики отморожений в войсках, и устройства укрытий, и очистки воды, и дезинсекционных мероприятий.

Хваленая немецкая химия за 4½ года войны не сумела обеспечить завшивленные фашистские войска даже оригинальным антипаразитарным средством. До весны 1944 г. немцы применяли для борьбы со вшивостью скопированный с нашего препарата К порошок «Russla», «предложенный» проф. Мореллем, и широко известный пиретрум под названием «Pe ea!». И лишь весной 1944 г. немецкая промышленность снабдила свои войска действительно эффективным препаратом « Lau.eto».

Таким образом, совершенно бесспорные факты говорят о том, что со времени первой мировой войны гигиеническая наука в фашистской Германии несомненно деградировала. За 4½ года войны немецкие военные гигиенисты не дали ничего нового и поучительного. Этот вполне обоснованный вывод не является неожидан-

ным. Готовясь к «молниеносной» войне против Советского Союза, гитлеровск генералы менее всего были склонны позаботиться об организации серьезных пр филактических мероприятий в своих войсках.

Из гигиенических проблем в Красной Армии во время Отечественной вой одно из первых мест занимали вопросы питания войск и, в частности, профилакт ка авитаминозов. Неизбежные в условиях военного времени перебои с доставк свежих овощей создают предпосылки для развития А- и С-авитаминозов. Одна в результате осуществления разработанной ГВСУ Красной Армии системы пр филактических мероприятий опасность распространения гемералопии и цынги войсках в настоящее время полностью устранена.

Правильная организация медицинского контроля за питанием войск призв обеспечить условия приготовления и хранения пищи, исключающие возможное появления и развития авитаминозов. С этой целью в условиях недостатка овощ в войсках широко используется для витаминизации пищи культурная и дико стущая зелень: огородная ботва, крапива, щавель, борщевик, кислица и пр. Сбо использование этих растений получили широкое распространение на всех фронт В результате этой меры достигается обогащение пищи витамичами и улучшен вкусовых качеств готовых блюд.

При отсутствии овощей и невозможности использования зелени, что имеет м сто ранней весной, части и соединения войск снабжаются витаминными препар тами фабричного производства. Сюда относятся: А-витаминный концентрат акти ностью до 200 000 ИЕ (интернациональных единиц) в 1 г и драже с содержани 2 500 ИЕ витамина А в каждой горошине. Наличие этих препаратов в войск позволяет полностью исключить вероятность появления и развития гемералоп (куриной слепоты) в наиболее трудные для снабжения зеленью весенние месяц

Профилактика цынги в войсках базируется на строгом выполнении правил пр готовления пищи из свежих овощей и картофеля, широком использовании дико стущей и культурной зелени, приготовлении витаминных настоев и концентрат из хвои, листьев березы, липы, клевера, люцерны и др. В случае полного отсу ствия таких возможностей войска обеспечиваются в полной мере их потребност таблетками и драже, содержащими 50 мг аскорбиновой кислоты и 2 мг тиами (витамина B_1).

Достаточное содержание тиамина в ржаном и пшеничном хлебе грубого р мола обеспечивает потребности войск в витамине B_1. Однако в ряде случаев (в дача белого пшеничного хлеба, напряженная боевая деятельность в условиях п регревания и при обильном потоотделении, углеводистое по преимуществу пи ние и пр.) приходится прибегать к дополнительным мерам профилактики B_1-ав таминоза за счет использования отрубей, пшеничных зародышей и дрожжей.

Последние получили исключительно широкое распространение на фронте и тылу в форме питьевых дрожжей, дрожжевого молока, прессованных и сух дрожжей. Такое внимание пивным и хлебопекарным дрожжам в полной мере оправдывается их ценными пищевыми свойствами (высокое содержание полноце ного белка и минеральных солей, значительное количество комплекса вит миноз В).

Широкое использование для выращивания дрожжей непищевого сырья виде опилок, лузги, картофельных очисток и пр. открывает исключительно б гатые перспективы внедрению дрожжей в питание войск. Отличная работа н больших дрожжевых заводов производительностью до 200 кг прессованных дро жжей в сутки, работающих на отходах непищевого значения, дает основания ш роко рекомендовать этот способ рационализации питания войск.

Исключительное научно-практическое значение имеет грандиозный экспер мент, проведенный группой научных работников РЭП-95 по физиолого-гигиени ческой оценке дрожжей. В результате тщательно поставленных исследований н больными и здоровыми контингентами было установлено, что дрожжи могут сл жить полноценной заменой мяса и рыбы в условиях длительного питания. Доба ление дрожжей к армейскому рациону обогащает пищу белком, минеральными с лями и витаминами. Вкусовые качества блюд, изготовленных с добавлени дрожжей, значительно повышаются. Дрожжи позволяют разнообразить п тание бойца в казарме, команде выздоравливающих и на госпитальной койк Разработанные в настоящее время простые приемы тепловой обработки дрожж позволяют освободить последние от присущих им специфического запаха и вкус

Приготовленные из обработанных длительным кипячением дрожжей первые и вторые блюда отличаются прекрасным вкусом и вызывают чувство длительного насыщения.

В тех случаях, когда войска длительное время получают хлеб из пшеничной муки сортового помола и полированный рис, потребности в витамине B_1 покрываются за счет отпуска витаминных препаратов: 1) таблеток и драже с содержанием 2 мг тиамина; 2) поливитаминных таблеток и драже, содержащих 50 мг аскорбиновой кислоты и 2 мг тиамина.

Недостаток витамина D в рационе взрослого человека, как известно, ведет к нарушению фосфорно-известкового обмена и снижению прочности костей. Особенно резко проявляется влияние D-авитаминоза при недостатке кальция в пище, что, как правило, имеет место при замене овощей крупами и макаронными изделиями. Ориентировочный подсчет показывает, что основной красноармейский рацион (норма № 1) содержит от 400 до 550 мг солей кальция. Это само по себе недостаточное количество кальция при замене овощей крупой и макаронами резко снижается (на долю овощей в пайке приходится 44% солей кальция). Естественно ожидать поэтому развития серьезных нарушений питания организма при отсутствии или недостатке витамина D в пище, осложненном частичным Са-голоданием при отсутствии овощей.

К сказанному следует добавить еще, что при длительном пребывании в закрытых помещениях, а также в условиях полярной ночи D-гиповитаминоз развивается вследствие лишения кожных покровов благотворного воздействия солнечной радиации. Как известно, под воздействием ультрафиолетовых лучей эргостерол, содержащийся в организме, превращается в витамин D. Опыт Отечественной войны говорит, что значительные контингенты военнослужащих вынуждены действовать в условиях, предрасполагающих к развитию D-гиповитаминоза. Отсюда вытекает совершенно неотложная задача принятия необходимых мер профилактики путем выдачи дрожжей, рыбьего жира или 300—500 ИЕ препарата витамина D в сутки.

Одновременно следует обратить внимание и на увеличение содержания солей кальция в пище. В американской армии, например, в состав пайка вводится дополнительно 1 000 мг кальция на человека в сутки. Особенно велико значение профилактического введения витамина D и кальция в пищу больных и раненых, нередко вынужденных находиться вне воздействия солнечной радиации. Для раненых с костными переломами назначение молочных продуктов, витамина D и солей кальция (молочнокислого и др.) является обязательной предпосылкой быстрого излечения. В настоящее время твердо установлено, что отсутствие витамина D в питании раненых ведет к нарушению обмена кальция и фосфора с последующим расстройством нормального костеобразования.

В области медицинского контроля за питанием войск Отечественная война поставила перед военными гигиенистами ряд новых вопросов. Сюда относятся: 1) строгое выполнение требований санитарного надзора за доставкой и хранением пищевых продуктов; 2) участие военных врачей в составлении меню и раскладок; 3) наблюдение за приготовлением пищи в войсках с целью сохранения в ней витаминов; 4) организация лабораторного контроля за химическим составом, витаминностью и калорийностью пищи; 5) санитарные мероприятия по предупреждению пищевых отравлений и токсикоинфекций в войсках.

В результате строгого и неуклонного осуществления всех перечисленных мероприятий в войсках мы добились значительных успехов в профилактике алиментарных заболеваний даже по сравнению с мирным временем, несмотря на неизбежное в условиях войны ухудшение санитарной обстановки для приготовления пищи на фронте. Несомненная заслуга в этом военных гигиенистов и вообще военных врачей совершенно очевидна.

Доказательством сказанного может служить резкое снижение числа пищевых токсикоинфекций на фронте. Опыт Отечественной войны показывает, что при наличии надежной термической обработки мясо-рыбных продуктов, при строгом порядке на кухне и в продовольственном складе, постоянном контроле за работой поваров со стороны врачей и фельдшеров опасность вспышек пищевых токсикоинфекций в войсках полностью устраняется.

Опыт войны показывает, в каком направлении должны развиваться дальнейшие мероприятия по предупреждению «пищевых происшествий» на фрон-

те и в тылу. Среди этих мероприятий главное место должны занять: 1) надежн термическая обработка мяса и рыбы; 2) запрещение длительного (свыше 3—4 сов) хранения готовой пищи до ее раздачи; 3) разделка сырого мяса на небол шие куски весом не свыше 1—1,5 кг; 4) обязательное охлаждение мясных по ций с последующим хранением их в прохладном месте; 5) обязательное кипя ние мясных порций в течение 15 минут в случае выдачи их после длительно (свыше 2—3 часов) хранения; 6) строгое соблюдение санитарных требований в разделке сырых и вареных пищевых продуктов.

Опыт фронта говорит, что организация медицинского контроля за пи нием войск при наличии серьезного внимания врачей к этому делу мож обеспечить устранение причин, обусловливающих возможность появления «п щевых происшествий».

При осуществлении медицинского контроля за питанием войск видное мес занимает правильное использование лабораторных средств. Особое значение фронте приобретает ускоренная методика определения калорийности пищи и с держания белка в ней. Разработанный инженер-капитаном Мусабековым ускоре ный способ определения калорийности пищи вооружает полевые лаборатории пр стой и достаточно надежной методикой анализа готовой пищи. То же самое сл дует сказать и об экспресс-методах определения аскорбиновой кислоты, вла вости хлеба и белкового компонента пищи, разработанных в НИИСИ Красн Армии и на кафедре военной гигиены ВМА им. С. М. Кирова.

Вопросы полевого водоснабжения войск занимали видное место в работе а мейских и фронтовых гигиенистов. Задачи водоснабжения особенно усложнили летом 1943 г. в связи с переходом Красной Армии в наступление на широк фронте от Черного моря до Ленинграда.

Опыт войны говорит, что водоснабжение войск в основном базируется колодцах. Из 29 229 учтенных к началу 1944 г. на фронте водоисточников 26 3 или 90%, являются шахтными и копаными колодцами. Последние в свою очере составляют около 20% (учтено 5 574) всех колодцев, обеспечивающих нуж действующей армии. На долю трубчатых колодцев падает только 1,2% вод источников фронта (203 мелкотрубчатых и 132 артезианских). Открытые водое составляют 4% учтенных на фронтах источников водоснабжения.

Из приведенных выше данных со всей очевидностью вытекает необходимос уделить особое внимание санитарному благоустройству именно колодезного вод снабжения. В частности, необходимо добиться обязательного хлорирования вс колодцев в населенных пунктах независимо от результатов физико-химическо исследования воды в них. По отчетным данным, в настоящее время подвергают систематическому хлорированию 40% шахтных колодцев и только 3,5% копаны

Необходимо более широко проводить коллективное хлорирование воды гип хлоритом кальция, отпускаемым в войска в ампулах, рассчитанных на 1 вед 100 л, 1 000 л, 40 ведер. Опыт летних кампаний 1943 и 1944 г. показал, ч этот надежный способ коллективного обеззараживания воды относительно ред используется в действующей армии.

В связи с малой стойкостью таблеток из гипохлорита кальция необходи принять меры к тому, чтобы запасы этого препарата не задерживались на склад и возможно скорее направлялись в войска. Начиная с конца 1943 г., наша промы ленность вновь приступила к выпуску отлично зарекомендовавшего себя пантоци

За время Отечественной войны действующим частям и соединениям Красн Армии пришлось проделать три зимние кампании. Угроза появления отмороже в войсках потребовала от военных гигиенистов разработки и осуществления ря предупредительных мероприятий. Опыт 3 лет войны доказал полную возможнос уберечь действующие войска от последствий охлаждения при соблюдении к плекса профилактических мероприятий, изложенных в «Указаниях по профилак ке и лечению отморожений в войсках».

Опыт 3 лет войны показал, что подавляющее большинство отморожений дает на нижние конечности. В частности, на пальцы ног и стопы приходится 90% всех поражений от холода, на кисти и пальцы рук падает 8,9%; уши, ли половые органы и другие участки тела отмораживаются значительно реже.

К общим мерам защиты от холода, рекомендованным войскам, относят своевременное снабжение бойцов теплой одеждой и исправной, хорошо прит ной по ноге обувью, обеспечение горячей пищей не менее двух раз в д

устройство и утепление палаток, шалашей, землянок, блиндажей и пр. Личная профилактика отморожений складывается из мероприятий по защите от воздействия холода главным образом нижних конечностей.

Сюда относятся: обучение молодых солдат умелому навертыванию портянок, уходу за обувью и целесообразному использованию подручных средств для дополнительного утепления ног (вкладных стелек из войлока, серошинельного сукна, сена и соломы, бумажных прокладок между портянками — при автоперевозках и заступлении на пост).

Опыт войны показал, что в предупреждении отморожений особо важную роль играет тщательная пригонка обуви и правильный уход за ногами. Особенно велико значение борьбы с потливостью ног, являющейся важнейшим фактором предрасположения нижних конечностей к отморожениям. Все средства лечения и профилактики потливости, начиная от закаливания кожи, регулярного мытья ног и кончая присыпками, могут и должны найти применение на фронте.

Опыт войны показал полную бесцельность мазевой и жировой профилактики отморожений, которая фактически отменена в войсках. Больше того, увлечение жирами и мазью в ряде случаев приносило большой вред войскам, отвлекая внимание врачей и строевых командиров в сторону наименьшего сопротивления. В практике войсковых частей не раз имели место случаи, когда вся профилактика отморожений сводилась к выписке фактически бесполезной мази или снабжению подразделений жирами.

Продвижение наших войск на запад и освобождение временно захваченных врагом территорий с особенной остротой ставят вопросы санитарной разведки с использованием методов лабораторного анализа. Опыт фронтов говорит о необходимости видоизменить методику лабораторного исследования различных объектов применительно к конкретным условиям войны. Санитарная разведка должна быть не только своевременной и доставлять проверенные сведения, она должна быть и целеустремленной. В частности, в процессе санитарной разведки необходимо с особой строгостью относиться к трофейным пищевым продуктам и особенно напиткам.

В первый год войны относительно мало внимания уделялось рациональному удалению нечистот и отбросов в действующей армии. Вопросы, связанные с правильным обезвреживанием санитарно опасных материалов, не получили достаточно удовлетворительного разрешения. Организация, методика и техника сжигания таких материалов на фронте должны быть срочно разработаны с участием гигиенистов страны. Одной из неотложных задач гигиенической службы Красной Армии является срочная разработка и издание наставления по очистке и санитарному благоустройству боевых и лагерных стоянок войск на основе учета опыта Отечественной войны.

Армейские и фронтовые гигиенисты Красной Армии принимали деятельное участие в очистке полей битв и захоронении трупов воинов, погибших в бою. При отступлении немецко-фашистских войск на нашу долю падает задача захоронения трупов вражеских солдат и офицеров. Опыт войны говорит, что единственным, оправдавшим себя на практике методом рациональной санитарной очистки поля сражения является почвенное обезвреживание трупов людей и животных, а также других санитарно опасных объектов.

Несмотря на кажущуюся простоту этого мероприятия, здесь возможны серьезные санитарные последствия и для войск, и для населения. Необходимо поэтому добиться обязательного участия гражданских органов здравоохранения в проведении этих санитарных мероприятий.

Гигиенистам Красной Армии пришлось немало времени и внимания уделить мероприятиям по организации и осуществлению медицинского контроля за питанием и физической нагрузкой войск в округах. Недостаточное внимание к гигиеническому обеспечению боевой подготовки войск в запасных частях не может не сказаться на успешности боевой подготовки новых контингентов. Задачи военных медиков особенно усложнились после прибытия в запасные формирования молодых возрастов. Не везде медицинские работники оказались на высоте предъявленных к ним суровых требований. Нередко медицинские работники не умели организовать повседневный медицинский контроль за физической тренировкой молодежи, недооценивали значения медицинских и телесных осмотров, антропометри-

ческих измерений, не уделяли должного внимания рационализации режима дня правильному соотношению работы и отдыха.

Из краткого перечня задач гигиенической организации Красной Армии и проведенных мероприятий видно, что опыт 3 лет войны в полной мере подтвердил важное значение военной гигиены для сохранения здоровья и боеспособности войск. Можно с полным основанием утверждать, что военные гигиенисты Красной Армии с честью выполнили свой долг перед родиной. Об этом свидетельствует тот факт, что все без исключения армейские и фронтовые гигиенисты награждены орденами и медалями Советского Союза.

★

Капитан медицинской службы доц. С. А. САМЦЕВИЧ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОРОЖЕНОГО КАРТОФЕЛЯ

Чтобы избежать неприятного сладковатого привкуса, получающегося при использовании мороженого картофеля без специальной обработки, на практике обычно прибегают к предварительному оттаиванию мороженых клубней в холодной воде в течение 3—5 и более часов. Основными недостатками этого метода являются: 1) трудность создания условий для такого длительного оттаивания мороженого картофеля в полевой обстановке, особенно во время переездов; 2) большое количество отходов и неудобство чистки оттаявших клубней; 3) трудность полностью предотвратить осахаривание крахмала; 4) большая трудоемкость подготовительной операции.

В связи с этим осенью 1942 г. мы предложили новый способ использования мороженого картофеля, предварительно испытанный в санитарно-гигиенической лаборатории N-ской армии (начсанарм — полковник медицинской службы Н. А. Поляков) и зимой 1942/43 г. широко проверили его во многих частях и подразделениях армии с весьма хорошим результатом.

При доставке в часть картофель должен быть тщательно осмотрен. При наличии хотя бы небольшого количества мороженого картофеля последний нужно отобрать или же всю партию ссыпать в холодный сарай, под навес или на открытую, очищенную от снега площадку, хорошо проморозить весь картофель и закрыть его сверху и с боков соломой. В случае оттепели на солому следует набросать слой снега и все время следить, чтобы клубни не оттаяли.

Выдавать картофель на кухню накануне закладки в котел. Вносить заблаговременно мороженый картофель на кухню или держать его в теплом помещении ни в коем случае нельзя. Опускать мороженый картофель в воду для оттаивания не следует.

Для приготовления первого блюда (суп) мороженый картофель быстро чистят, моют в холодной воде, режут на куски и неоттаявшим опускают в кипящую воду, быстро доводят опять до кипения и варят, как обычно.

Для приготовления пюре мороженый картофель чистят в замороженном виде, моют в холодной воде, опускают в кипящую воду, варят, а затем отцеживают и разминают до получения однородной массы.

Для приготовления жареного картофеля мороженый картофель прямо с мороза, в неоттаявшем и неочищенном виде засыпают в бурно кипящую воду, варят, в полусваренном виде вынимают из котла, чистят, режут, а затем жарят.

Основным требованием при хранении мороженого картофеля является предотвращение оттаивания его, а при приготовлении — внесение в неоттаявшем виде прямо в бурно кипящую воду с быстрым доведением воды опять до кипения, чем предотвращается превращение крахмала в сахаристые вещества и разложение витамина С (аскорбиновой кислоты).

Мороженый картофель, приготовленный указанным способом, хорошо чистится, дает значительно меньше отходов, чем при других способах обработки, вкусу не отличается от немороженого картофеля.

★

ЗАМЫКАЮЩИЙСЯ ПИНЦЕТ

Опыт работы медсанбатов и госпиталей первой линии показывает, что при поступлении значительных контингентов раненых хирург ощущает потребность в таком инструменте, которым можно было бы захватывать и держать иссекаемые ткани, не слишком утомляя пальцы.

Это побудило нас внести небольшое изменение в стандартный хирургический и лапчатый пинцет, разрешающее этот вопрос.

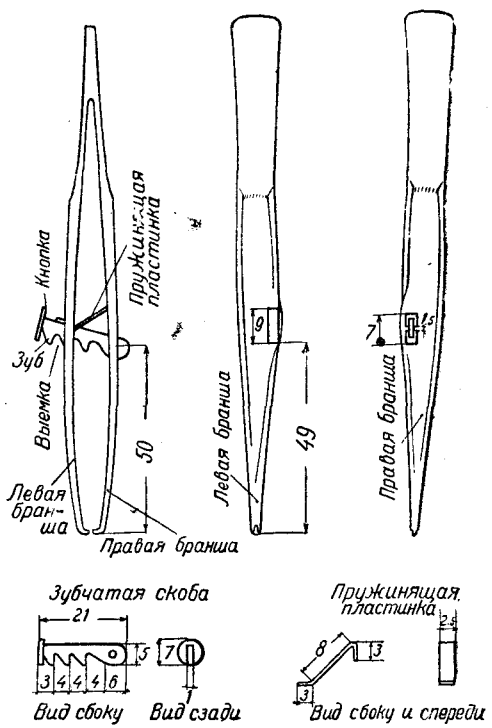
Изменение состоит в устройстве подвижного зубчатого замка на бранших пинцета, которое можно выполнить как в обстановке МСБ, так и в госпитале.

Замок чрезвычайно мягок. Нажимая на верхушку его мякотью среднего пальца левой кисти, можно манипулировать инструментом без всякого дополнительного напряжения руки.

Захватывание этим пинцетом иссекаемых тканей полностью устраняет выскальзывание тканей.

Преимуществом является возможность так регулировать силу сжатия, чтобы исключить раздавливание тканей.

Инструмент представляет собой пинцет с зубчатым замком, расположенным в 4,9 см от рабочего конца инструмента. Замок состоит из зубчатой скобы с тремя зубцами, разделенными выемками, и кнопкой на свободном конце. Один из концов скобы подвижно скреплен с одной браншей пинцета. Таким образом, инструментом можно захватывать массивы тканей различной толщины.



Схематическое изображение пинцета

Над зубчатой скобой находится стальная пружинящая пластинка, закрепленная наглухо на бранше и прилежащая свободным концом к спинке зубчатой скобы.

При надавливании на кнопку зубчатой скобы пластинка отталкивается назад и замок раскрывается. При надавливании на бранши зубцы скобы проходят через окончатый вырез во второй бранше до желательной величины смыкания концов пинцета.

При переключении скобы на другую выемку пластинка отталкивается назад, а по прекращении надавливания автоматически прижимает зубчатую скобу к бранше, производя прочное замыкание браншей пинцета.

Кандидат мед. наук майор медицинской службы
А. Б. Швейковский

★

ИМПРОВИЗИРОВАННЫЕ БИКСЫ ДЛЯ СТЕРИЛЬНОГО МАТЕРИАЛА

Острая необходимость в бикса́х для стерильного материала, ощущаемая военное время, побудила меня предложить следующий вариант изготовлен биксов.

Для изготовления каркаса бикса предлагаю пользоваться крамеровской ш ной, из которой делают три кольца диаметром в зависимости от диаметра зав клава или аппарата для стерилизации.

Два кольца по ребру прочно связывают проволокой, образуя цилиндр; д цилиндра изготовляется из сетчатой шины «фильбри» или из крамеровской ши и прикрепляется к цилиндру проволокой. Крышка состоит из третьего коль также покрытого сетчатой шиной «фильбри», и фиксируется к каркасу петельк ми. На каркасе и на крышке имеются петли для замыкания. Крышку и цилин внутри и снаружи обшивают плотной тканью. Для большей прочности и сбере ния полотна от ржавчины перед обшиванием каркаса полотном полезно обв железные прутики крамеровской шины марлевым бинтом.

Бикс дешев, чрезвычайно быстро изготовляется и оказался весьма удобн для практического пользования.

Н. Е. Слупский

★

ОБОГРЕВАТЕЛЬ ДЛЯ ШОКОВОЙ ПАЛАТЫ

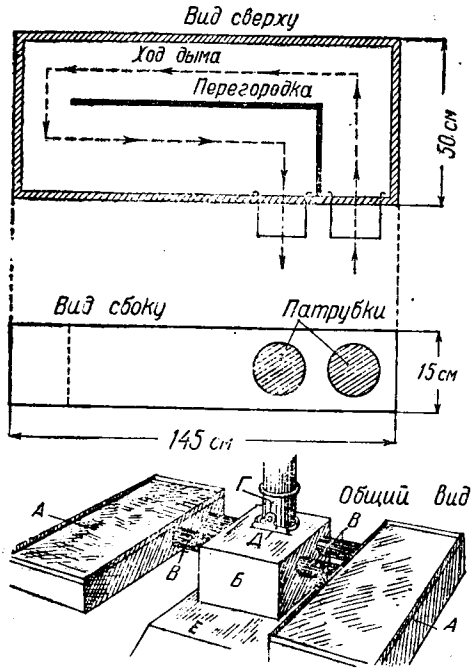


Рис. 1. Обогреватель. Вид сверху. *АА*—обогреватели; *Б*—теплорегулятор; *В*—соединительные трубы; *Г*—дымоход; *Д*—заслонка теплорегулятора; *Е*—печь

В условиях обороны, когда п ереброски госпиталя были редкими, сроки развертывания достаточно боль шими, подполковник медицинск службы Л. Н. Соколов устраивал N-ском ХППГ для шоковой палат обогреватели из кирпича по типу ле жанок, на которые помещались но силки с раненым. Равномерно обогре ваемые раненые значительно быстр выводятся из состояния шока. Н для устройства лежанки требуется д 1 000 штук кирпича, а складывание просушка занимают более суток.

Нам удалось сконструиров установку, по лечебному эффекту уступающую кирпичной и не треб ющую большой затраты стройматер алов, рабочей силы, а главное вре ни для постройки.

Мы применяем большие высок обогреватели-калориферы и спец альный теплораспределитель, предл женный нашим санитаром красно мейцем Бойко (рис. 1 и 2).

Вся система делается из жест она легка и удобна для перевозки.

Обогреватели и теплорегулят присоединяют к обычной жес ной печке, находящейся в палат Обогреватели помещают в плоск деревянные ящики на подставках

со всех сторон засыпают слоем песка толщиной в 8—10 см. Борта ящиков служат опорой для носилок.

Для подготовки, установки и пуска в действие обогревателя нашей системы один человек должен затратить не более 2 часов.

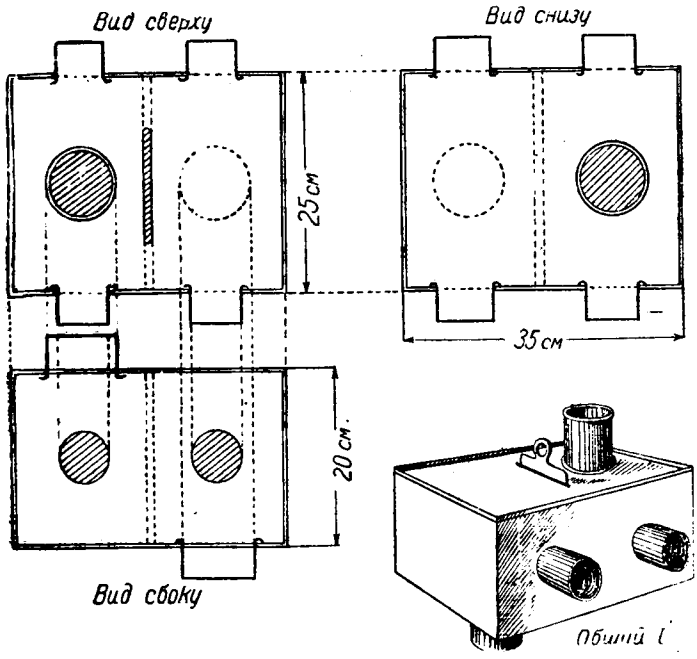


Рис. 2. Схематический чертеж «калорифера»

Нагрев регулируют заслонкой теплорегулятора и дополнительными заслонками, помещенными на трубах, идущих от теплорегулятора к обогревателям.

Изготовление предлагаемого прибора и пользование им чрезвычайно просты. Эффект от применения его очень хороший.

Капитан медицинской службы С. И. Цирульник

★

КРАТКИЙ ОТЧЕТ ПЕРВОГО СОВЕЩАНИЯ ОКУЛИСТОВ N-СКОГО ФРОНТА

На первое совещание окулистов N-ского фронта собрались ведущие спец листы — окулисты медицинских учреждений фронта.

Совещание открыл начальник первого отдела Санитарного управле N-ского фронта полковник медицинской службы В. И. Горностаев.

Главный окулист фронта майор медицинской службы Ц. И. Шарканск доложила об организационных вопросах офталмологической помощи, о 7-й сесс Офталмологического института им. Гельмгольца и офталмологов эвакогоспитал Наркомздрава РСФСР.

В этом и других докладах были акцентуированы вопросы электромагнитн помощи на фронте, рентгенодиагностики и рентгенолокализации инородных тел глазу, обязательной рентгенографии прободающих ранений глаз, поведения талмохирурга при ранениях орбиты.

Капитан медицинской службы М. М. Верпуховский коснулся орга зации глазной помощи в армейском районе. Он отметил улучшение в деле о зания помощи глазным раненым, эвакуации по назначению, приближения спец лизированной помощи к линии фронта (группа ОРМУ работает в специализир ванном госпитале первого эшелона ГБА).

Майор медицинской службы М. Г. Розенцвайг сделал доклад на те «Внутриглазные инородные тела и их удаление».

В обсуждении докладов приняли участие капитан медицинской службы В. Черняков, подполковник медицинской службы Я. Л. Баевский, май медицинской службы М. Г. Розенцвайг, капитан медицинской служ С. А. Тюменев, капитан М. Д. Сачук, майор медицинской служ П. Л. Поляков, майор медицинской службы М. И. Светлаков (главн ото-ларинголог фронта), капитан медицинской службы Н. Д. Белозеров майор медицинской службы Н. П. Водницкий.

Выступавшие отметили тяжесть ранений в настоящую войну, рост комби рованных ранений, увеличение прободных ранений глазного яблока с наличи инородных тел. Они констатировали расширение объема помощи глазным ранен уменьшение процента эвакуируемых за пределы фронта, увеличение возвращ ных в строй, отметили преимущество системы комплексной сортировки, обходимость иметь полноценную группу ОРМУ с двумя окулистами и дв сестрами, потребность иметь в каждой армии ручной электромагнит.

На вечернем заседании были заслушаны доклады: майора медицинс службы Ц. И. Шарканской, «Пластическая хирургия в области глаз боевых травмах», майора медицинской службы Т. А. Сервиловского, «Р нение глаз в наступательные операции и в активную оборону армий», ка тана медицинской службы М. М. Верпуховского, «Работа глазного отде тия ГБА в период наступательной армейской операции», майора медицинск службы Т. А. Сервиловского, «Диференциальная диагностика и лечен глаз при поражениях ОВ».

Выступивший в прениях главный токсиколог фронта полковник медици ской службы А. А. Кабанов отметил, что глаз очень чувствителен к БО окулист будет часто первым сигнализировать о наличии и тяжести пор жения ОВ.

Главный хирург фронта засл. деят. науки генерал-лейтенант медицинс службы Н. Н. Еланский выступил с докладом о работе офталмолога в с стеме специализированной помощи. С его точки зрения специализирован группы ОРМУ должны работать комплексно, так как являются представит

ями смежных специальностей, раненые в голову должны осматриваться все-ми специалистами.

Необходимо подготовку кадров проводить среди врачей МСБ и неспециализированных ППГ, так чтобы они умели оказывать первую помощь глазным раненым и больным.

На второй день выступил главный окулист Красной Армии полковник медицинской службы проф. Н. А. Вишневский. Он отметил, что Главное военно-санитарное управление Красной Армии проделало большую работу по организации окулистической службы в армии, много сделало по снабжению окулистов инструментарием и медикаментами. Вместе с тем необходимо и на местах наладить ремонт, точку и в известной степени производство инструментария. Вопрос о снабжении корригирующими очками является исключительно тяжелым. Несмотря на то, что производство корригирующих стекол у нас налаживается, они выписываются и из-за границы. Санитарное управление распределило много магнитов, но снабдить каждую армию магнитом оно не может. Магнитная помощь, так же как и протезирование, должна быть организована во фронтовом районе. В заключение проф. Вишневский коснулся научно-исследовательской работы, изобретательства и рационализации.

Выступившие в прениях подполковник медицинской службы Я. Л. Баевский, майор медицинской службы Н. П. Водинцкий, майор медицинской службы М. Г. Розенцвайг, майор медицинской службы П. Л. Поляков высказались за увеличение кадров окулистов, за внедрение в армию ручного электромагнита.

Майор медицинской службы Ц. И. Шарканская

★

ОТЧЕТ ОБ ОКРУЖНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ПО ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ СРЕДНЕАЗИАТСКОГО ВОЕННОГО ОКРУГА

22—25 ноября 1944 г. в Ташкенте состоялась окружная конференция по ЛФК.

Было заслушано 30 докладов по общим организационным и методическим вопросам применения ЛФК, по применению ее при повреждениях опорно-двигательного аппарата в специализированных госпиталях и батальонах выздоравливающих.

На конференции доклады сопровождались показательными уроками лечебной гимнастики при различных повреждениях (Гриншпун, Маргукова, Белова), подробно освещались и на специальной выставке.

В работе конференции приняли участие клиницисты — представители лечебных учреждений, руководители теоретических дисциплин, широкая масса лечащих врачей.

Конференцию открыл зам. начальника санитарного отдела САВО полковник медицинской службы И. А. Клюкин, подчеркнувший значение ЛФК в комплексном лечении раненых и отметивший основные недостатки применения ЛФК в госпиталях.

Инспектор ЛФК САВО майор медицинской службы доц. П. В. Андринг в отчетном докладе по итогам применения ЛФК в эвакогоспиталях за 3 года Отечественной войны коснулся особенностей развития ЛФК в САВО с момента организации, осветил положительные стороны и недостатки при применении ЛФК.

Главный хирург САВО подполковник медицинской службы М. Р. Марунович свой доклад посвятил роли хирурга в обеспечении эффективности применения ЛФК.

Доц. И. П. Ильинский коснулся особенностей при проведении физических упражнений в условиях жаркого климата.

Проф. Г. П. Терехов посвятил свой доклад патологоанатомическим изменениям мышц и суставов после огнестрельных ранений, особенно при вынужденном покое конечностей в повязках. Докладчик подробно остановился на

значении физических упражнений для предотвращения патологических изме
ний в мышцах и суставах.

Полковник медицинской службы канд. мед. наук Н. А. Бельтюко
доложил о причинах появления после огнестрельных ранений контракту
дал их классификацию и профилактику.

Профилактике и лечению контрактур физическими методами посвятил св
доклад и майор медицинской службы доц. С. И. Кутновский.

Проф. А. И. Израэль темой своего выступления избрал анатомо-физи
логические предпосылки к применению ЛФК, майор медицинской службы до
Н. П. Востриков — «Особенности проведения физических упражнений п
огнестрельных повреждениях кисти и пальцев».

Тов. Вассерман доложил о применении физических упражнений в воде
в бассейнах, куда вода поступала из теплых сернистых источников.

Подполковник медицинской службы доц. М. Р. Марунович остан
вился на методике применения физической культуры при огнестрельных осте
миэлитах, а проф. Г. М. Фрейдович — на функциональном лечении пор
жений периферической нервной системы. Главный терапевт округа про
В. П. Петров и канд. мед. наук майор медицинской службы И. П. Поля
свои доклады посвятили применению ЛФК у терапевтических и инфекционны
больных.

По вопросам комплексного лечения раненных в грудную клетку в условия
тыловых госпиталей выступили доц. Я. М. Волошин и Л. А. Волков;
применения ЛФК при челюстно-лицевых ранениях и ЛОРзаболеваниях — до
Л. М. Обухова, лейтенант В. И. Кричевский, полковник медицинск
службы канд. мед. наук В. А. Сгибов.

Проф. П. П. Бондаренко свой доклад о ЛФК после ампутаций с
провождал практическим показом.

Наконец, вопросы ЛФК и физической подготовки в отделениях госпит
лей и в батальонах выздоравливающих осветили в своих докладах методи
по ЛФК Сахарнов и капитан медицинской службы Ф. В. Суржиков.

Специальное заседание на конференции было посвящено вопросам труд
вой терапии, спортивно-массовой работе, применяемой аппаратуре, учету эф
фективности занятий по ЛФК.

Генерал-майор медицинской службы К. Н. Павловский
и майор медицинской службы П. В. Андринг

★

Harrison G. K. «Forward-surgery in a battle period»—**Хирургия передового района в период боев** (The Lancet, № 6282, 1944, стр. 109—111).

Автор описывает работу передового хирургического отряда во время битвы у Эль-Аламейна от 23 ноября до 5 декабря 1942 г. Отряд работал на главном перевязочном пункте полевого санитарного подразделения, оказывая первую хирургическую помощь раненым.

По мнению автора, в боевой обстановке в отдельных случаях необходимы радикальные, спасительные для раненых операции. Широко применялось переливание крови и плазмы, особенно перед операцией.

Очень трудно бывает решить вопрос о ранних ампутациях, особенно в отношении тяжелых ранений коленного и голеностопного суставов с нарушением целости крупного сосуда. Если сустав широко вскрыт, если суставные поверхности разрушены, то только ранняя ампутация может предупредить развитие тяжелой гнойной инфекции со смертельным исходом. Если разовьется вялая инфекция в обескровленных мышцах со значительной интоксикацией всего организма, то ампутация уже не спасет от смерти.

При ранних ампутациях в передовом районе нужно по возможности дистальнее отпиливать кость и через кожные лоскуты пропускать сквозной дренаж.

При проникающих ранениях живота показания к операции определялись состоянием раненого. Наилучшие результаты дали операции не позднее 12 часов после ранения. При ранениях толстых кишок хорошие результаты дала изоляция поврежденной петли (колостомия или удаление отрезка кишки с последующей инвагинацией). При одновременных ранениях грудной клетки и живота лечение определялось ранением живота.

При развитии газовой гангрены применялось широкое иссечение пораженных тканей.

Для предупреждения газовой гангрены производилась тщательная очистка раны промыванием струей физиологического раствора и удалением размозженных мягких тканей и костных осколков, не связанных с сосудами. Широко разрезались фасциальные покровы и для дренажа делались противоотверстия.

За 12 дней боев был просперирован 61 раненый, из них 25 погибли, 36 эвакуированы.

Из 28 перенесших лапаротомию 9 эвакуировано. Эвакуация производилась через 6—7 дней после операции. Из 18 ампутированных 13 были эвакуированы, остальные умерли до эвакуации. Ампутаций по поводу ранений бедра было 10, голени — 4, плеча — 3, предплечья — 1.

Из 2 оперированных по поводу ранений черепа и головного мозга один умер, один эвакуирован.

Эвакуация в среднем производилась через 48 часов после операции.

Nicholson W. F. and Seadding I. G. «Penetrating wounds of the chest»—**Проникающие ранения грудной клетки** (The Lancet, № 6288, 1944, стр. 299—303).

Авторы описывают результаты лечения 291 раненого с проникающими ранениями грудной клетки в период с апреля 1941 г. по май 1943 г.—во время африканской кампании.

Всех этих раненых можно разделить на три группы: 1) поступавшие в тыловой госпиталь через 7—14 дней и позднее после ранения (131 случай); 2) поступавшие в сортировочный госпиталь в течение 48 часов после ранения (33 случая) и 3) поступавшие в госпиталь через 2—3 дня после ранения (127 раненых). Результаты лечения всех трех групп приводятся в таблице (стр. 61).

Общая тенденция на Ближнем Востоке состояла в ограничении оперативного вмешательства в передовом районе при ранениях грудной клетки. Делалось только самое необходимое: закрытие ран и аспирация больших гемотораксов, после чего, если не было инфекции гемоторакса, раненых сразу эвакуировали.

Обычно хирургия передового района ограничивалась закрытием проникающ ранений. Авторы рекомендуют плотно закрывать только глубокие слои, а ко рыхло соединять над вазелиновым тампоном. Этот метод оказался наиболее фективным. Если нет перелома ребер или кровотечения из межреберных сосуд то самые раны с небольшим входным и выходным отверстием не требуют и чения. При переломах ребер или лопатки необходимо сделать иссечение кр раны, удалить костные осколки и зачистить поврежденные края кости. Оск ребер, внедрившиеся в ткань легкого, больше, чем металлические инородные т являются причиной упорного кровохаркания в первое время после ранения и гнойтельных процессов в последующие дни. Иногда приходилось расширять р для усиления оттока крови и отхода осколков из полости плевры. Удаления и родных тел на первом этапе не производилось. По характеру ранящего ору большой процент падает на осколки артснарядов, бомб и мин, пулевые встр лись реже и были менее тяжелыми даже при ранениях легких и средосте Случаи эмпиемы (25% осложнений всех ранений грудной клетки) наблюда при пулевых ранениях только в одной восьмой части.

Все раненые сразу получали сульфаниламид по 2,5 г каждые 12 часов. Стр тококковых эмпием было всего 7, стафилококковые наблюдались чаще (18 с чаев).

Более чем в 50% случаев у раненых развивался пневмоторакс. На матери авторов вторичные кровотечения наблюдались только два раза, на 12-й день одного раненого, на 18-й у другого, оба с летальным исходом. При аспира авторы руководствовались субъективным ощущением раненых и при заявле о стеснении в груди вдувалось от 50 до 100 см³ воздуха. Полное замещение ас рированной крови воздухом производилось только в течение первых двух су после ранения. Но на передовой линии аспирацию с последующим вдуван авторы не рекомендуют: это нужно делать в тыловом госпитале первой ли Только большие гемотораксы с тяжелыми расстройствами дыхания должны ас рироваться немедленно. В 1/3 случаев гемоторакс был инфицирован. Возбудит чаще всего обнаруживались уже при первой аспирации.

Операция производилась не ранее 5-го дня, когда загустевший гной не под вался аспирации. Самый поздний срок аспирации, через 2 месяца, имел мест случае, где возбудителем инфекции была кишечная палочка. Операция состояла устройстве межреберного дренажа постоянного действия.

При соответствующих показаниях (очень густой гной, образование спаек тяжей) производилась резекция ребра. Одновременно по возможности удаляли инородные тела из плевральной полости. На данном материале инородные тел полости плевры имелись только в 14 случаях, в 2 случаях они были удалены с зу из-за большого размера и болей, в 10 — попутно с удалением гноя и сверн шейся крови, в 2 случаях оставлены для удаления на дальнейших этапах куации.

При неосложненном пневмотораксе полная аспирация и упражнения в д нии позволяли быстро вернуть раненого в строй. Иногда давался кратковреме ный отпуск (3—6 месяцев) из-за болей от плевральных тяжей и одышки при ф зических усилиях.

Из 52 случаев инфицированного гемоторакса без абсцессов в легком или диафрагмой полное излечение эмпием за срок наблюдения произошло только 12 случаях. Окончательные результаты неизвестны, так как большинство ранен эвакуировалось до окончания лечения. Торакопластика производилась только одном случае. Смерть от эмпиемы наступила в 10 случаях.

6% гемотораксов дали свертывание крови. Из 12 случаев свертывания ге торакса, оперированных авторами, половина была инфицирована. Большой све нувшийся пневмоторакс должен быть удален возможно раньше (задняя торако мия вдоль шестого межреберья с резекцией 2—3 см VI ребра в области реберно узла). Для дренажной трубки делалось противоотверстие с резекцией такого кусочка ребра. Даже при отсутствии инфекции плевральная полость ни в одно случае не зашивалась наглухо во избежание риска хронической эмпиемы.

В 65 случаях имелась контузия легких без гемоторакса. Терапия состояла вдыхании кислорода и симптоматическом лечении. Большинство больных выз равливало, но наблюдались осложнения пневмонией и абсцессом. В 10 случая пневмония развивалась в здоровом легком в периоде выздоровления раненог

9 из них выздоровели. Ателектаз нижних долей наблюдался в 14 случаях, почти всегда в результате присутствия небольшого инородного тела. Лечение состояло в дыхательной гимнастике и всегда давало благоприятный результат.

В 4 случаях имелись осложнения со стороны центральной нервной системы: 3 раза — сразу после ранения, один—на 22-й день. Осложнения состояли в развитии гемоплегии в 2 случаях, гемианопсии в одном и диплопии в одном — последнему, в результате воздушной эмболии и эмболии тромбом из легкого. В этом случае развился абсцесс мозга, от которого больной погиб.

При решении вопроса о показаниях к удалению инородных тел нужно решить, что опаснее: присутствие инородного тела или операция его удаления. Инородные тела в глубине легких и вблизи средостения опасны. Поэтому рекомендуется удалять их сразу при помощи одномоментной операции. Во избежание риска эмпиемы можно удалять и поверхностно лежащие инородные тела при помощи двухмоментной операции.

Из области средостения инородные тела следует удалять, если размер их превышает 1 × 2 см, особенно если они лежат вблизи пищевода или крупных сосудов. На материале авторов крупные инородные тела в плевре были в 2 случаях удалены на сортировочном пункте, в 10 случаях — попутно при резекции ребер по поводу эмпиемы на первом этапе эвакуации и в 2 случаях — позднее.

В одном случае инородное тело было удалено из нижней доли левого легкого при осложнении абсцессом, в 1 случае — поверхностно лежащее инородное тело большого размера было удалено при помощи одномоментной операции, в 1 случае — при помощи двухмоментной операции, в 3 случаях были удалены инородные тела, лежавшие вблизи медиастинальной поверхности легкого, в 1 случае—из диафрагмальной поверхности и нижней доли левого легкого. Из области средостения в 4 случаях были удалены инородные тела, лежавшие внизу пищевода, в одном—вблизи аорты (рвота, абсцедирование), в одном — в грудном позвонке, в одном — в стенке левого желудочка сердца (обморочные приступы и аритмия). Из 15 человек, у которых инородные тела не были удалены, 11 вернулись в строй и 3 были уволены.

Из 25 раненых с повреждением грудной клетки и живота только 5 поступили в первые сутки после ранения (из них 3 умерли). Диагноз повреждений органов брюшной полости при наличии гемоторакса часто представляет большие трудности, поэтому в сомнительных случаях хирург передового района должен делать пробную лапаротомию, оставляя раны грудной клетки для позднейшего оперативного вмешательства.

Очень важное значение имеет последующий уход. Богатая белками диэта, большое количество витамина С, переливание крови. Дыхательная гимнастика необходима во всех случаях и должна применяться возможно раньше.

Общая летальность раненных в грудную клетку на описанном материале составила 6,5%, но без комбинированных ранений грудной клетки и живота — 6%. Из поступивших в госпиталь через 1—3 недели после ранения умерло 4%, из поступивших через 1—2 дня — 12%, через 2—3 дня — 8%.

Группа	Срок поступления в госпиталь (в днях)	Число случаев	Результаты лечения				
			Направлено в команды выздоравливающ. или в строй	Эвакуировано		Уволено	Умерло
				в хорошем состоянии	в плохом состоянии		
1	7—21	131	76	32	4	18	5[1]
2	1—2	33	—	30	1	—	4
3	2—3	127	46	64	0	7	10
Всего	—	291	122	126	5	25	19

[1] Включая умерших на дальнейших этапах эвакуации.

Указания по военно-полевой хирургии. 3-е переработанное издание.—М., Мгиз, 1944, 367 стр.

Главным военно-санитарным управлением Красной Армии выпущены гретьим изданием «Указания по военно-полевой хирургии». Первое издание этой кни вышло в свет вскоре после начала войны. Выпуская эти «Указания», Глав военно-санитарное управление преследовало цель — дать врачам полевой мед цинской службы руководящие установки хирургической работы и облегчить в полнение основных задач военной медицины. Поэтому, естественно, при составл нии этих «Указаний» были учтены как все новейшие достижения медицинск науки, так и опыт боевой работы медицинской службы Красной Армии на Хасан на реке Халхин-Гол и в войну с Финляндией 1939/40 г.

Отдельные главы первого издания «Указаний» были рассмотрены и одобрен Ученым медицинским советом при начальнике Главного военно-санитарного у равления Красной Армии.

В создании этих «Указаний» принимали участие видные медицинские деят ли нашей страны. Первое издание этой книги, выпущенное большим тираж быстро разошлось и помогло нашим хирургическим кадрам установить един взгляд на происхождение и развитие болезней, на методы их профилактики лечения, обусловив в то же время единое понимание принципов хирургическ работы в полевой медицинской службе.

Непрерывно накапливающийся опыт войны вскоре потребовал внесения «Указания» ряда изменений и дополнений, что и было осуществлено во втор издании, вышедшем в свет в 1942 г.

В директиве начальника Главвоенсанупра и главного хирурга Красной Арми предлагающей принять второе издание «Указаний» к руководству, указывалос что:

«основа нашей военно-медицинской полевой доктрины осталась незыблемо но она потребовала и требует много умения и творческой мысли для своего ос ществления на деле в разные периоды войны, в условиях большой и быстр изменчивости боевой обстановки».

Директива еще раз подчеркивала основные задачи санитарной службы и н пременные условия, обеспечивающие успех лечебно-эвакуационного обслужив ния боевых действий войск и возвращения в строй не менее 75% раненых бойц и офицеров Красной Армии.

Однако «Указания» не преследовали цели излагать все вопросы общей и ч стной хирургии и тем более цели «дать войсковому врачу готовые ответы на в вопросы, возникающие в процессе практической деятельности в условиях полев санитарной службы», ибо, как правильно указывалось, «выбор метода и объем хирургического вмешательства диктуется не столько медицинскими показаниям сколько положением дел на фронте, числом раненых, их состоянием, количеств врачей, особенно хирургов», и т. п.

Таким образом, единые установки хирургической работы, изложенные «Указаниях», полностью подтвердились в ходе войны и, как указывается третьем издании «Указаний», «практика показала, что основные принципы наше единой военно-медицинской доктрины выдержали испытание и оказались незы лемыми. Но требования жизни, накопленный богатый фронтовой врачебный опы и творческая мысль всех советских врачей внесли за этот период в систему леч ния раненых некоторые коррективы» (стр. 2).

В третьем издании подчеркивается основной принцип лечебно-эвакуационно обеспечения войск — этапное лечение с эвакуацией по назначению — и указывают ся основные пути успешного выполнения этого руководящего принципа. «Указ ния» особо подчеркивают необходимость «обеспечить возможно более раннюю при этом квалифицированную и специализированную помощь» и конкретизиру ранее выработанные задачи этапов эвакуации войскового района.

В рецензируемой книге читатель найдет не только указания об объеме медицинской помощи в войсковом районе, но и необходимые советы правильной дислокации лечебных учреждений госпитальной базы армии и те необходимые условия, которые должны быть выполнены при дислоцировании лечебных учреждений.

В книге мы находим подробные указания об организации специализированной помощи в полевой медицинской службе.

В «Указания» «внесены дополнения и уточнения по некоторым отделам на основании постановлений пленумов Ученого медицинского совета при начальнике Главвоенсанупра Красной Армии. Например, по отделу ранений конечностей, отделу борьбы с инфекцией; ...внесены и новые отделы, например, отдел гинекологии и другие, а также уточнен отдел о лечении ран и подведен синтез теории и практики в разделе о шоке».

Таким образом, если в первых изданиях основной руководящий принцип был — дать врачам передовых лечебных учреждений только указания, то в настоящем, третьем издании, кроме указаний, даются и необходимые разъяснения.

Являясь руководящим документом, «Указания», естественно, содержат лишь методы лечения, апробированные и получившие всеобщее признание.

Третье издание книги состоит из 16 глав: Асептика и антисептика (I), Обезболивание (II), Кровотечение и остановка кровотечения (III), Шок и борьба с ним (IV), Переливание крови (V), Раны и их лечение (VI), Термические и электрические повреждения (VII), Повреждения опорно-двигательного аппарата (VIII), Повреждения нервной системы (IX), Повреждения грудной клетки (X), Повреждения живота (XI), Ранения и закрытые повреждения органов мочеполовой системы (XII), Повреждения лица и челюстей (XIII), Повреждения уха, горла и носа (XIV), Повреждения глаза (XV), Лечение и эвакуация легко раненых (XVI).

Наконец, в приложении даются: инструкции по применению грамицидина, азохлорамида, пенициллина, таблица наиболее распространенных кровозамещающих растворов и «антишоковых» препаратов, общее описание свойств главных антисептических средств и характеристика некоторых антисептических средств.

Эта книга, разосланная еще несколько месяцев назад в войска, должна быть как можно быстрее доведена до каждого войскового хирурга. Она поможет воспитанию наших хирургических кадров и позволит еще лучше организовать квалифицированную хирургическую помощь раненым воинам Красной Армии.

Пособие по медицинскому снабжению Красной Армии. — М., Медгиз, 1944, 355 стр.

Главным военно-санитарным управлением Красной Армии выпущено в свет «Пособие по медицинскому снабжению Красной Армии». Книга предназначена для войсковых фармацевтов, начальников военно-медицинских служб, слушателей и студентов военных и гражданских высших медицинских учебных заведений.

Пособие излагает все основные организационные и специальные вопросы медицинского и санитарно-хозяйственного снабжения Красной Армии. Являясь плодом многомесячной работы коллектива авторов, пособие все же не могло охватить все вопросы. Детальное ознакомление с отдельными главами книги показывает, что авторы в процессе работы руководились одним желанием — оказать «помощь начальникам санитарной службы и практическим работникам медицинского снабжения в правильной организации снабжения действующих войск и лечебных учреждений медицинским и санитарно-хозяйственным имуществом». Книга состоит из трех разделов: организация медицинского снабжения (I), лекарственные средства (II), медицинское и санитарное оснащение (III), и, наконец, в приложении приводятся некоторые инструктивные сведения по оказанию первой помощи при отравлении неизвестными ядами, таблица перевода некоторых неметрических мер в метрические и условные знаки санитарных учреждений.

В книге читатель найдет основные сведения по организации медицинского снабжения в действующей армии, о порядке заготовок, распределении, учета, отчетности и, наконец, транспортировке медицинского имущества.

Выход в свет этой книги следует всячески приветствовать и надеяться, что практические работники медицинского снабжения помогут авторам своими критическими замечаниями улучшить рецензируемую книгу и сделать ее полноценным руководящим пособием для фармацевтических и снабженческих кадров военно-медицинской службы Красной Армии.

Указания по военной офталмологии. — М., Медгиз. 1944, 156 стр.

Главным военно-санитарным управлением Красной Армии выпущены в с «Указания по военной офталмологии». Читатель найдет в ней все основные све ния по организации глазной помощи на различных этапах эвакуации, по операт ной помощи при повреждениях век, при проникающих ранениях глазного ябло по технике энуклеации и эвисцерации, рентгенодиагностике, по применению эл тромагнитов для извлечения инородных тел из глаз, по лечению язв рогови диагностике и лечению слезотечения, диагностике и леченю туляремии глаз и В приложении приводится глазная рецептура и ряд инструктивных материало порядке обеспечения военнослужащих корригирующими очками, глазными кос тическими протезами и т. д. В составлении книги принимали участие высокок лифицированные специалисты, которые в процессе работы руководствовались с ним желанием — собрать воедино все необходимые и апробированные опытом во ны руководящие материалы по военной офталмологии.

Указания по военно-полевой ото-рино-ларингологии. — М., Медгиз, 19 104 стр.

Главным военно-санитарным управлением Красной Армии выпущены «Ука ния по военно-полевой ото-рино-ларингологии». Книга рассчитана на врачей во но-медицинской службы. Читатель найдет в ней все необходимые сведения организации ЛОРпомощи в действующей армии, принципы этапного ле ния ЛОРраненых и контуженных с расстройством слуха и речи, по объе ЛОРпомощи при ЛОРзаболеваниях, сортировке ЛОРбольных на разных этап эвакуации и необходимые данные по ЛОРэкспертизе на фронте. В приложен приводится ряд инструктивных материалов: практические методы исследован ЛОРорганов и документация полученных результатов, формы статистическ таблиц к полугодовым отчетам ЛОРотделений фронтов и округов, а также эвак пунктов и др. «Указания» составлены профессорами Военно-медицинской акад мии им. Кирова — генерал-лейтенантом медицинской службы Воячеком и ген рал-майором медицинской службы Г. Г. Куликовским.

Руководство по переливанию крови. — М., Медгиз, 80 стр.

Главным военно-санитарным управлением Красной Армии выпущено в св «Руководство по переливанию крови». В нем собраны инструктивные материалы организации переливания крови в Красной Армии. Книга состоит из 6 глав: Орг низация переливания крови в Красной Армии (I), Определение групповой прин лежности (II), Переливание свежецитратной крови (III), Правила и методика пер ливания крови и кровозаменителей на этапах эвакуации и в лечебных учрежд ниях (IV). Показания и противопоказания к переливанию крови и кровозамени лей при боевых поражениях (V). Показания и противопоказания к переливани крови и кровозаменителей при заболеваниях (VI), и, наконец, в приложении пр водятся различные инструкции по переливанию кровозаменяющих жидкосте формы учета и другие материалы

Руководство рассчитано на врачей военно-медицинской службы.

Полковник медицинской службы **С. Багдасарьян**

★

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ КРАСНОЙ АРМИИ

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

МАРТ

МЕДГИЗ
1945

СОДЕРЖАНИЕ

Генерал-полковник медицинской службы Е. И. Смирнов. Военная медицина и Н. И. Пирогов 3

ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ

Полковник медицинской службы И. А. Зворыкин. К вопросу о лечении проникающих ранений в грудную полость в войсковом и армейском районах 14

Капитан медицинской службы Л. А. Нефедова. К вопросу о пригодности к военной службе лиц, перенесших оперативное вмешательство по поводу язвенной болезни 21

Генерал-майор медицинской службы проф. В. М. Аристовский и полковник медицинской службы И. А. Москвин. Опыт химиотерапии среднеазиатского рекурренса 30

Подполковник медицинской службы М. С. Маршак. Опыт лечебного применения сухого гематогена и дрожжей 33

Подполковник медицинской службы Н. Г. Гольдберг. Организация физиотерапевтической помощи в военно-санитарных поездах 37

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Полковник медицинской службы Н. А. Поляков. Распределительные посты медицинской службы Красной Армии 40

Полковник медицинской службы В. П. Тарицын. Об использовании местных средств 43

CONTENTS

E. I. Smirnov, Colonel-gen ral, Medical Corps. Military m dicine and N. I. Pirogov . .

MEDICINAL-EVACUATIONA PROBLEMS

I. A. Zvorykin, Colonel, Medi cal Corps. Contribution to th treatme s of the penetratin wounds into thoracic cavity the troop and army regions .

L. A. Nefedova, Captai Medical Corps. Contribution t the fitness to military servi of the persons operated upo for the ulcerous disease . . .

Prof. V. M. Aristovsk Major-general, Medical Corps; I. A. Moskvin, Colonel, M dical Corps. Experiment wi chemotherapy of Middle A recurring fever . . . . . .

M. S. Marshak, Lieutenant-c lonel, Medical Corps. Exper ment with administration of th ory hematogene and of t yeasts . . . . . .

N. G. Goldberg, Lieutenant-c lonel, Medical Corps. Organiz tion of the physiotherapeu aid in the hospital trains the Red Army . . . . . .

ORGANIZATION AND TACTI OF THE MEDICAL SERVI

N. A. Poliakov, Colonel, M dical Corps, Distributing p of the Medical service of Red Army . . . . . .

V. P. Taritsyn, Colonel, Me cal Corps. Let us to use more widely the local resour

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ КРАСНОЙ АРМИИ

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ
Ответственный секретарь
полковник медицинской службы С. М. БАГДАСАРЬЯН

Члены редколлегии:
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-полковник медицинской службы Н. Н. БУРДЕНКО,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал-майор медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН

МАРТ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МОСКВА — 1945

Генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ

ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА И Н. И. ПИРОГОВ

(Продолжение) [1]

Н. И. Пирогов впервые выехал на театр военных действий в 1847 г. В это время ему было 37 лет. Он был профессором вновь организованной кафедры госпитальной хирургии Военно-медицинской академии.

В 1847 г. Пирогов принимал активное участие в работе медицинской службы во время осады аула Салты. Главной целью его поездки на театр военных действий было испытание на поле боя эфирного «анестезирования». Задача нелегкая. В истории войн ничего подобного нигде не было сделано. Николай Иванович Пирогов блестяще справился с этой задачей.

Во время сражений на Кавказе раненых из частей направляли непосредственно в ближайшие временные госпитали. Николай Иванович добился изменения этого положения, что было необходимо для проверки «анестезирования»; ему было разрешено организовать полевой лазарет при главной квартире, в районе Салт.

Все раненые из батальонов и полков поступали в этот полевой лазарет и оставались в нем от 2 до 4 недель после оказания им медицинской помощи; по истечении этого срока они направлялись в Казикумыхский госпиталь. Следует отметить, что «анестезирование» Николай Иванович применял не только в полевом лазарете, но и в госпиталях Дагестана и Кавказа.

В отчете о путешествии по Кавказу Пирогов писал: «Наш полевой лазарет составлял несколько шалашей из древесных ветвей, покрытых сверху соломою. Вместо коек служили две длинные скамьи, складенные из каменьев и покрытые также соломою. Между ними была прорыта канава для стока воды. Несмотря на то, что лазарет располагался в районе боевых действий, раненые все же поступали не так быстро, как можно было ожидать».

И далее: «...многих тяжких раненых, требовавших оперативных пособий, не прежде можно было вынести из аула, как по истечении первых 24 и даже 36 часов».

Николай Иванович разработал показания и противопоказания для применения эфира в целях «анестезирования», дал оценку двум способам применения наркоза: ингаляционному и ректальному, а также сравнительную оценку хлороформного и эфирного наркоза. Одновременно он указал на трудности применения эфира на поле сражения, учитывая его летучесть, воспламеняемость и необходимость пользоваться примитивным освещением при хирургических вмешательствах. Давая заключение об эфирном наркозе, он писал: «Возможность эфирования на поле сражения неоспоримо доказана. Теперь, употребив анестезирование более нежели в шестистах случаях по разным способам, различными средствами и при различных обстоятельствах, я нахожу себя в праве из собственных моих опытов сделать положительное заключение о практическом достоинстве этого средства».

Давая оценку «анестезированию», Николай Иванович писал: «Самый утешительный результат эфирования был тот, что операции, производимые нами в присутствии других раненых, нисколько не устращали, а, напротив того, успокаивали их в собственной участи... Часто целые часы, в которые было сделано 10 и более операций, проходили без всяких воплей и жалоб и тишина прерывалась только одними несвязными восклицаниями эфированных, приказаниями врачей или разговором присутствовавших. Нельзя было не заметить удивления, с которым смотрели другие больные на немую бесчувственность

[1] См. «Военно-медицинский журнал», № 1—2, 1945.

своих товарищей-сострадальцев, подвергавшихся операции под влиянием эфирных паров...»

В настоящее время эти слова вряд ли могут тронуть кого-нибудь: слишком большое время отделяет нас с вами от того периода, когда это говорилось и писалось. Поэтому я позволю себе напомнить вам переживания князя Андрея Болконского, когда его, раненного на Бородинском поле, принесли «...к лесу, где стояли фуры и где был перевязочный пункт. Перевязочный пункт состоял из трех раскинутых, с завороченными полами, палаток на краю березняка... Вокруг палаток, больше чем на две десятины места, лежали, сидели, стояли окровавленные люди в различных одеждах... Из палаток слышались то громкие, злые вопли, то жалобные стенания. В палатке было три стола. Два были заняты, на третий положили князя Андрея. Несколько времени его оставили одного, и он невольно увидел то, что делалось на других двух столах. На ближнем столе сидел татарин, вероятно казак, судя по мундиру, брошенному подле. Четверо солдат держали его. Доктор в очках что-то резал в его коричневой мускулистой спине. «Ух, ух, ух»... — как будто хрюкал татарин и вдруг, подняв кверху свое скуластое, черное, куркосое лицо, оскалив белые зубы, начал рваться, дергаться и визжать пронзительно — звенящим, протяжным визгом... На другом столе, около которого толпилось много народу, на спине лежал большой полный человек с закинутой назад головой. Несколько человек фельдшеров навалились на грудь этому человеку и держали его... Человек этот судорожно рыдал и захлебывался».

Этим мукам, так ярко и красочно описанным Львом Николаевичем Толстым, подвергались миллионы воинов всех времен и народов вплоть до внедрения в хирургическую практику обезболивания.

Нам сейчас наркоз кажется естественным и необходимым в хирургической практике, но в то время Николаю Ивановичу Пирогову приходилось преодолевать сопротивление этому нововведению и не только со стороны больных, а также рядовых врачей, но даже со стороны маститых ученых того времени, и не только у нас на родине, но и за границей.

Членами Парижской медицинской академии в то время дебатировался вопрос о применении наркоза в хирургической практике в связи с имевшими место случаями внезапной смерти, которые объясняли наркозом. Николай Иванович Пирогов был вынужден не только дать подробные ответы на возникавшие в связи с обсуждением вопросы, но и резко упрекнуть почтенных академиков в ошибочности самой постановки вопроса. Он писал: «Я не понимаю, как могло между некоторыми членами Парижской медицинской академии возродиться сомнение, что вдыхание хлороформа даже в количествах, вовсе незначительных, может иногда причинять смерть. Кто из нас не видал уже изумительного быстрого действия этого вещества у некоторых особ на центральные органы нервной системы. Кому не случалось видать, что иногда (особливо у детей) едва только успеешь поднести губку, напитанную хлороформом, к носу и уже больной погружается в глубокий сон» [1].

Не скрывая недостатков наркоза, а также случаев смерти, явившихся результатом его применения, Николай Иванович призывал только к осторожности в применении анестезирования в хирургической практике. Он был уверен в правильности своих выводов, основанных на тщательном наблюдении, а имевшие место смертные случаи как у него, в обстановке действующих войск, так и у других, в мирной обстановке, он объяснял случайностью, которая безусловно имеет свои причины. Для того чтобы найти эти причины, он считал необходимым изучение статистики и писал: «...статистика—одно из надежнейших средств, определяющих достоинство операций, только тогда сообщает нам верные результаты, когда она будет основана на многочисленных, строго анализированных и с точностью группированных фактах [2]».

Основными мотивами для утверждения о благотворном действии наркоза в хирургической практике были не столько моральные моменты, сколько данные послеоперационной смертности.

---

[1] Н. И. Пирогов, Отчет о путешествии по Кавказу. Спб., 1849, стр. 199.
[2] То же, стр. 206.

Пирогов писал: «Но как бы ни было важно моральное влияние эфирования на раненого, оно все-таки играло бы второстепенную роль, если бы опыт не научил нас, что следствия операции нисколько не изменяются. К счастью для человечества, это действительно так. Эта истина, по моему мнению, неоспоримая, справедливость которой подтверждают четыреста с лишком операций, сделанных нами с помощью эфирования».

Мы сейчас можем подтвердить эти изумительные слова не четырьмястами операций, а миллионами. Это нововведение, впервые в истории войн предложенное Николаем Ивановичем Пироговым, составляет нашу с вами гордость, гордость нашей русской военно-медицинской науки. Ничего подобного не знала до этого военная медицина мира.

Однако, помимо изучения возможности применения наркоза, Николай Иванович имел и другие задачи. Он писал: «Сверх этого мне дано было поручения... сообщить врачам Кавказского корпуса все значительные усовершенствования и мои способы в производстве хирургических операций и других хирургических пособий; осмотреть госпитали Кавказа и вникнуть во все средства, необходимые для улучшения нашей полевой медицинской части» [1].

Во время работы в полевом лазарете в течение двух с лишним месяцев и при посещении госпиталей, куда эвакуировались раненые из лазарета, Николай Иванович наблюдал более 2 000 раненых. Из всего этого количества он видел только 15 человек, у которых ранения были нанесены, как он писал, «большими огнестрельными снарядами», причем все эти случаи он наблюдал на поле сражения.

Говоря о том, что ему приходилось наблюдать много глубоких пулевых проникающих ранений, которые заживали без хирургического вмешательства при помощи одной только перевязки и покойного положения поврежденной конечности, он все же утверждал: «Но мы поступили бы весьма несправедливо, если бы, основываясь на этих наблюдениях, поставили за правило не предпринимать никакого другого хирургического пособия в лечении этих ран».

Это утверждение основывалось Пироговым на том, что он также видел много пулевых ран, которые сопровождались нагноениями и различного рода воспалениями, приводившими к тяжелым последствиям. Эти осложнения он наблюдал особенно часто у раненых, которые подвергались эвакуации из одного госпиталя в другой. Он писал: «В таком состоянии, например, я нашел несколько раненных пулями через бедро и через ягодичные мышцы, перевезенных из-под Салтов в Казикумыхский временный госпиталь. Напротив, я не помню ни одного случая, в котором обнаружились бы эти опасные явления, когда отверстия входа и выхода пулевой раны были заблаговременно и умело расширены крестообразными разрезами. Этот результат у раненых под Салтами был так очевиден, что я поставил себе за правило все раны, глубоко проникающие через плотные фасции и толстые мышцы, расширять ножом у их входа и выхода. Конечно, может быть, в некоторых случаях это расширение не было необходимо, но зато выгоды его оказывались ничем неизменимыми» [2].

Как вам известно, вопросы первичной обработки пулевых огнестрельных ран были спорны не только тогда, — они спорны и сейчас, в наше время. Для нас с вами правильность заявлений Пирогова сейчас не вызывает ни малейшего сомнения. Его утверждение можно назвать единственно верным, нашедшим лишнее подтверждение в происходящей Великой отечественной войне. Я хочу только остановиться на одной детали — на подходе к решению этого вопроса.

Многочисленные примеры хорошего заживления пулевых огнестрельных ранений без хирургической обработки, наблюдавшиеся лично Пироговым и другими хирургами, не являлись для него убедительными при решении вопроса о методах лечения огнестрельных ран. Наоборот, менее многочисленные примеры плохого течения пулевых огнестрельных ран без хирургической обработки и хорошее течение таких же ран после хирургической обработки посредством разрезов убеждали его в правильности утверждения о необходимости применять во всех случаях глубоких пулевых ранений лечение рассечением входного и выходного отверстий.

---

[1] Н. И. Пирогов, Отчет о путешествии по Кавказу. Спб., 1849, стр. 10.
[2] То же, стр. 62.

Рассуждая так, Николай Иванович Пирогов учитывал условия работы военно-полевого хирурга. Он безусловно считался с неизбежностью эвакуации раненых на мало приспособленном для эвакуации транспорте и, как правило, по плохим, а порой даже трудно проходимым дорогам.

Заканчивая свой отчет о путешествии по Кавказу, Н. И. Пирогов писал: «Наконец, относительно вопроса о лечении огнестрельных ран, бывшего также предметом спора в Парижской медицинской академии, я после того, что я видел на Кавказе, не могу никак разделить мнение тех гг. членов Академии, которые предпочитают выжидательный способ лечения разрезам и расширению входа и выхода пули. Как бы ни была привлекательна простота этого способа и как бы ни были очевидны его выгоды в тех случаях, когда он удавался, видел столько раз его невыгоды и именно при неудобных транспортах раненых и при недостатке тщательного присмотра за ними (обстоятельств, неизбежных в военное время), что никогда не решусь считать общим и заслуживающим полное преимущество».

Для иммобилизации огнестрельных повреждений костей конечностей Николай Иванович Пирогов впервые в истории русской военной медицины применил крахмальную повязку. Во время осады крепостного аула Салты в 1847 он писал: «Хирургические пособия, которые мы оказывали при сложных переломах, состояли: 1) в наложении крахмальной повязки с расширением или без расширения рачы, 2) в вырезывании или выпиливании разрушенных костей и 3) в отнятии члена».

Крахмальные повязки применялись только при ранениях верхних конечностей. При повреждении костей нижних конечностей наложение крахмальных повязок не применялось. Тем не менее Пирогов дал по этому поводу такое заключение, которое оправдалось последующими его наблюдениями и последующим историческим опытом военной медицины. Он писал: «Но я полагаю, что если эта повязка может быть испытана в полевой хирургической практике с некоторой надеждою на успех, то это именно должно быть при переломах бедра, в которых и отнятие члена дает весьма неблагоприятный результат» [1].

Военная медицина ничего подобного не знала. Выше я приводил цитаты из «Военно-походной медицины» Акима Чаруковского. Этот труд, как я уже подчеркивал, был написан с учетом опыта русских и иностранных военно-полевых хирургов, однако там не было ни одного слова о важности иммобилизации в деле лечения конечностей, за исключением рекомендации применения для этой цели лубков. Здесь же мы впервые встречаемся с применением надежного метода иммобилизации и системой лечения повреждений трубчатых костей. Эта система лечения нашла широкое применение во время обороны Севастополя и последующие войны XIX столетия. Она явилась началом «консерватизма» концом учения Ларрея и Буша о ранних ампутациях.

Следует также сказать о другом новом методе лечения огнестрельных повреждений костей, впервые предложенном Николаем Ивановичем Пироговым. Я имею в виду «вырезывание и выпиливание разрушенных костей». Указывая на трудности производства этой операции в условиях военно-полевой практики на ее сложность, он подчеркивал, что показания к производству ее в перевязочных пунктах на поле боя исключительно редки. Обстановка, в которой работает военно-полевой хирург на перевязочном пункте, часто не позволяет этого делать. Поэтому большинство таких операций он делал в госпиталях. О результатах их Пирогов говорит: «Итак, общий итог смертности после этой операции был у меня 4 из 10, а в травматических случаях 1 из 5. Основываясь на этом результате, я полагаю, что если еще можно на поле сражения сохранить член с раздробленной костью, то именно это можно еще испытать над верхней конечностью, с раздробленным локтевым суставом (разумеется, если при этом не повреждены сосуды и нервы). В этом случае нужно тотчас же приступить к выпиливанию раздробленных костей и потом наложить неподвижную повязку» [2].

Таким образом, Н. И. Пироговым была введена резекция суставов и костей в русскую военно-полевую хирургию.

---

[1] Н. И. Пирогов, Отчет о путешествии по Кавказу. Спб., 1849, стр. 82.
[2] То же, стр. 85.

Чтобы закончить рассмотрение выводов из опыта работы Пирогова в Кавказской экспедиции, я остановлюсь на одном небольшом, но замечательном факте, который ярко характеризует личность Пирогова как строгого исследователя в области военно-полевой хирургии. Абсолютное большинство хирургов того времени утверждало, что входное отверстие раны всегда меньше выходного. Пирогов считал правильность этих утверждений не подлежащей ни малейшему сомнению. В своем отчете он также повторял, что «отверстие выхода обыкновенно шире отверстия входа». При этом Пирогов указывал, что это положение первоначально было высказано Дюпюитреном. Представившийся ему случай познакомиться с работой Бландера и некоторых других парижских хирургов заставил его призадуматься. В этих работах высказывались другие мнения относительно величины входных и выходных отверстий ран, противоречившие наблюдениям и высказываниям Дюпюитрена. Для того чтобы установить истину, он поставил специальные опыты на трупах. Взяв 60 трупов, он производил по ним выстрелы обыкновенной и винтовочной пулей, тщательно измеряя при этом входные и выходные отверстия. Результаты опыта получились следующие: при пулевых ранениях мягких тканей входное отверстие больше, чем выходное; при огнестрельных ранениях с повреждением костей выходное отверстие действительно больше входного.

Давая объяснение этому явлению, Пирогов писал: «После этого опыта для меня сделалось очевидным, что физические свойства жирно-клетчатой подстилки кожи (именно ее рыхлость и мягкость) служат причиною, почему отверстия выхода имеют другие свойства, нежели входа» [1].

* * *

12 ноября (старого стиля) 1854 г. Николай Иванович Пирогов приехал в Севастополь. Вскоре после своего приезда он представлялся главнокомандующему, имея в виду при этом разрешить ряд актуальных вопросов, относящихся к организации лечения и эвакуации раненых.

Вот как описал свою встречу с главнокомандующим Николай Иванович Пирогов в письме к своей жене от 24 ноября 1854 г.

«В 6 часов вечера я дотащился кое-как до маленького домишки с грязным двором, где заседал главнокомандующий. Едва обо мне доложили, как дверь отворилась, и я стал перед ним, что называется, нос к носу. В конурке аршина три в длину и столько же в ширину стояла, сгорбившись, в засаленном архалуке судьба Севастополя... «Вот, как видите-с, в лачужке принимаю Вас», были первые слова главнокомандующего... Потом он распечатал поданный мною конверт, пробежал бумаги, надев очки, и спросил тем же тихим и беззвучным голосом, видел ли я госпитали на моем пути. — «К сожалению, я видел один,— ответил я, — но в таком состоянии, что желал бы лучше не видеть его». — «Да-с, было хуже-с, 24-го-с мы не знали, что и начать-с, лежали-с на голой земле-с и под ливнями-с» [2].

Это выдержку я привожу для того, чтобы показать готовность медицинской службы к войне. Здесь уместно еще раз повторить, что мало иметь хорошо написанное положение, — нужно иметь возможность провести его в жизнь. Положение же о формировании госпиталей, разработанное в 1828 г., не обеспечивало своевременной готовности их, оно было построено по старой русской пословице: «У семерых нянек — дитя без глаза». Единого органа, ответственного за формирование госпиталей, не было. В результате этого к началу кампании войска действующей армии не были обеспечены ни подвижными, ни временными госпиталями, причем последние отсутствовали до конца войны.

Сражение 24 октября 1854 г. было кровопролитным и безусловно не неожиданным для главнокомандующего. Потери достигали 11 тысяч человек; из этого количества раненых было более 6 тысяч, однако ничего не было подготовлено для их размещения, питания и лечения. В этом же письме Пирогов писал: «Приехав в Севастополь 12 ноября, следовательно, 18 дней после дела, я нашел с лишком 2 000 раненых, скученных вместе, лежащих на грязных мат-

[1] Н. И. Пирогов, Отчет о путешествии по Кавказу, Спб., 1849, стр. 218.
[2] Севастопольские письма. Спб., 1899, стр. 15—17.

рацах, пропитанных кровью, перемешанных, и, рассортировав их, цель 10 дней почти с утра до вечера должен был оперировать таких, которым опера цию нужно было сделать тотчас после сражения»[1].

На протяжении полугода положение с размещением раненых в Севастопо ле было катастрофическим. Вследствие этого смертность среди раненых был чрезвычайно велика. Раненные в живот, грудную клетку и череп почти вс умирали. Пирогов понимал, что одними лечебными мероприятиями нельзя пре отвратить огромную их смертность. Здесь требовались серьезные, до сих по не имевшие места в истории военной медицины организационные мероприятия Они у него созрели, и он ждал приезда нового главнокомандующего князя Гор чакова.

Что это были за мероприятия?

Он предлагал развернуть в Севастополе 8 000 коек для лечения поступаю щих раненых и больных. Из этого количества он рассчитывал всегда имет свободных 6 000, т. е. 3/4 всех коек, для чего необходимо было организовать систематическую эвакуацию раненых за пределы Севастополя, в близлежащ госпитали, развернутые в районе Симферополя, Бахчисарая и севернее. Эт предложение не было выполнено, и раненые попрежнему оставались в тяжел положении. Хирургическая работа в переполненных госпиталях теряла в значи тельной мере свое полезное значение.

Все это ни в какой степени не умаляет заслуг Пирогова перед военно медициной и не только русской, но и всего мира; им был правильно постав лен вопрос о необходимости иметь в районе действующих войск мощную гос питальную базу, о необходимости организации эвакуационной службы, специ альных транспортов для эвакуации и специальных команд для сопровожден лечения и обслуживания раненых и больных в пути. Им же впервые была вы сказана мысль о целесообразном соотношении свободной и занятой коечной се ти, дислоцированной в районе действующей армии.

Следует оговориться, что положения, выдвинутые Пироговым, нельзя рас сматривать как родившиеся только из опыта его работы в Севастополе, где потери ранеными были бо́льшие. Это было бы исторически неверно. Можно с полным правом сказать, что необходимость большой госпитальной базы непо средственно в районе действующих войск была более присуща войнам второй половины XVIII и начала XIX столетия, когда потери в короткие сроки дости гали таких больших цифр, которые не встречались в последующих войнах Достаточно вспомнить Бородинское сражение, чтобы подтвердить правильност этой мысли. Как известно, за 2½ дня боев под Бородино русские войска по теряли только одними ранеными около 30 тысяч человек. В многочисленны войнах XIX и XX столетий нет ни одного сражения, где бы 120- тысячная ар мия за 2½ дня имела такие громадные потери ранеными.

Ужасы в медицинском обеспечении войн второй половины XVIII и пер вой половины XIX столетий, о которых много написано не только в специаль ной, но и в художественной литературе, часто происходили не столько потому что нехватало коек вообще, сколько потому, что эти койки находились не так где в них была нужда.

Николай Иванович Пирогов, предлагая организацию в Севастополе госпи тальной базы на 8 000 коек, руководствовался соображениями, вытекавшими и окружающей обстановки. В марте 1855 г. в Севастополе было 7 тысяч ране ных. Количество их нарастало с каждым днем: за время с 8 марта по 7 апре ля 1855 г. почти ежедневно поступало с позиций по 300 человек. В то же вре мя в Симферополе находилось 6 000 раненых. Однако систематическая эвакуа ция организована не была, в распоряжении медицинской службы не было спе циального санитарного транспорта. Военное начальство и, в частности, офици альные руководители медицинской службы в лице генерал-штаб-доктора и директора военных госпиталей проявляли мало беспокойства и тем более забо ты об улучшении госпитального дела, а вместе с тем и о положении раненых в госпиталях.

Безответственность и отсутствие единого руководящего органа, отвечаю щего за лечебно-эвакуационное дело, не позволяли сколько-нибудь улучшить участь раненых даже такому авторитетному ученому, отличному организатору

[1] Н. И. Пирогов, Севастопольские письма, Спб., 1899, стр. 17.

и настойчивому человеку, каким был Пирогов. Поэтому он с болью в душе был вынужден покинуть Севастополь и уехать. Перед отъездом он писал жене в письме от 29 апреля следующее: «Вчера вечером перевезли разом 400, свалили в солдатские палатки, где едва сидеть можно, свалили людей без рук, без ног, с свежими ранами на землю, на одни скверные тюфятишки... Когда полковой командир обед дает, так он умеет из этих же палаток залу устраивать, а для раненых этого не нужно, можно по четыре человека безногих поместить в солдатской палатке. А когда начнут умирать, так врачи виноваты, почему смертность большая, — ну, так лги, не робей. Не хочу видеть моими глазами бесславие моей родины, не хочу видеть Севастополя взятым, не хочу слышать, что его можно взять, когда вокруг него и в нем 100 000 войска, уеду, хоть и досадно» [1].

Непрерывное и временами массовое поступление раненых на перевязочные пункты при ограниченном количестве обслуживающих их врачей и сестер нередко приводило к крайне тяжелому положению, при котором значительная часть раненых оставалась без оказания даже неотложной медицинской помощи. Выходом из создавшегося положения являлась предложенная Николаем Ивановичем хорошо организованная сортировка раненых и больных, поступающих на перевязочные пункты и в лечебные учреждения.

Вот что писал Пирогов в своих Началах общей военно-полевой хирургии: «Оставаясь 7 месяцев при осаде, я пришел, наконец, к тому убеждению, что: 1) раненые немного выиграют от нашей гоньбы за оперативными пособиями на перевязочных пунктах; 2) правильная сортировка раненых и равномерное распределение врачебной деятельности на всех раненых на перевязочном пункте гораздо важнее, чем вспыхах и в суматохе произведенные операции, от которых выиграют только немногие; 3) главная деятельность врача на перевязочном пункте должна состоять не в предупредительных пособиях, к которым относится и большая часть ранних (первичных) ампутаций, а и тех, которые имеют целью тотчас устранить уже существующую опасность для жизни»... «При сортировке на севастопольских перевязочных пунктах я делил тотчас же раненых на четыре главные категории: 1) безнадежных (смертельно раненых), 2) требующих безотлагательной или предохранительной помощи, 3) назначаемых в транспорт и 4) легко раненых. Первые поручались священникам и сестрам, последние (легко раненые) — фельдшерам; вторым оказывалось тотчас же необходимое оперативное пособие, а третьим накладывались тотчас же гипсовые повязки, если это были раненые с переломленными членами».

Ничего подобного до этого не знала военная медицина мира. Сейчас сортировка раненых и больных является краеугольным камнем, фундаментом работы лечебно-эвакуационных учреждений и военной медицины в целом.

Пирогов, говоря о сортировке раненых, имел в виду не только госпитали и перевязочные пункты, расположенные непосредственно в зоне действующей армии, но и госпитали, отдаленные от фронта. Он писал: «Только что я надеялся устроить совершенный порядок, после того, как я отделил всех больных заразных и одержимых нечистыми и гангренозными язвами, поместив их в особые дома, причем, по странной случайности, гангренозные больные поместились в главной кондитерской Симферополя, как вдруг ночью привезли новый транспорт из Севастополя и Бахчисарая, и опять все были перемешаны, сложены в разных отделениях; это оттого происходило, что не устроили складочного места для вновь прибывающих больных; о так называемых приемных покоях, при переполнении наших больниц, не могло быть и речи» [2].

Следовательно, Пирогов считал необходимым иметь в Симферополе специальное «складочное место» для раненых, прибывавших из Севастополя и Бахчисарая. Следовательно, и в отдаленных городах, особенно там, где развернута большая коечная сеть в многочисленных госпиталях, необходимо выделять для целей сортировки отдельные госпитали. Мы считаем себя вправе это утверждать. Нельзя думать иначе: «складочное место» в Симферополе, на нашем современном языке есть сортировочный госпиталь. Это видно из определения задач этого «складочного места» Пироговым. Учение о сортировке раненых, а также и

---

[1] Н. И. Пирогов, Севастопольские письма. Спб., 1899, стр. 110.

[2] Н. И. Пирогов, Севастопольские письма. Спб., изд. Малиса, 1907, стр. 175.

учение о развертывании госпитальной базы непосредственно в районе действующих войск, впервые разработанное в истории военной медицины мира, нашло свое подтверждение в многочисленных последующих войнах и особенно в происходящей ныне войне. Это учение безусловно представляет собой гордость нашей родины, ее военно-медицинской науки.

Как я уже говорил, Пирогов еще в 1847 г. во время работ в полевом лазарете у Салт применял совершенно новые методы лечения огнестрельных повреждений больших трубчатых костей. В правильности этих методов он не сомневался. Основанием к этому служили не только данные статистики Кавказской экспедиции, но и данные последующей мирной практической работы поэтому с первого дня приезда в Севастополь Николай Иванович ввел их не только у себя на городском перевязочном пункте, но и в некоторых госпиталях Севастополя и Симферополя.

Крахмальные повязки он заменил гипсовыми, преимущества которых несомненны. Результаты применения гипсовой повязки для целей иммобилизации и лечения поврежденных конечностей, несмотря на неблагоприятные условия работы на перевязочном пункте, в севастопольских и симферопольских госпиталях были удовлетворительными. Нужно отметить, что этих методов лечения не знала военная медицина ни Франции, ни Англии, ни Италии, ни Германии. А преимущество их по сравнению с ранними ампутациями конечностей вряд ли нуждалось в защите даже в то время.

Считаю необходимым отметить, однако, очень важное обстоятельство. Как нам известно, Николай Иванович Пирогов впервые в русской военной медицине предложил резекцию локтевого сустава, а также резекцию поврежденных костей. Это он сделал еще в 1847 г. Однако в последующем он изменил свое мнение о резекции поврежденных костей. Он писал: «Кроме описанных трех способов (неподвижной повязки, кровати и постоянного вытяжения), при сберегательном лечении сложных переломов бедра не прибегали, сколько мне известно, к другому, более энергическому, — резекции отломков, и я полагаю что эта операция, которую, впрочем, не нужно смешивать с извлечением из раны подвижных осколков и секвестров, вряд ли водворится когда-нибудь в военно-хирургической практике»[1].

Следовательно, провозглашенную Пироговым систему лечения огнестрельных повреждений больших трубчатых костей нужно рассматривать как похоронный звон колоколов сотни лет господствовавшему учению Ларрея, Буша и других знаменитостей о преимуществе ранних ампутаций, непосредственно на поле боя.

В сентябре 1870 г. Николай Иванович Пирогов выехал из Петербурга в Германию, Лотарингию и Эльзас для ознакомления с организацией лечения и эвакуации раненых на театре войны. Он осмотрел 70 госпиталей и ознакомился с методами лечения огнестрельных повреждений, задавшись целью выяснить, лучше или хуже лечатся раненые, где больше или меньше инвалидов войны сравнительно с прошедшими войнами.

Раненых с повреждением черепа в госпиталях он почти не видел, редко видел и раненных в живот. Пирогов писал: «Я видел в живых не более 5 раненых с повреждением в живот. Однако много видел раненных в грудную клетку и большинство с хорошим прогнозом». Зная исходы ранений грудной клетки за период обороны Севастополя, он заинтересовался причиной благоприятного течения этих ранений во время войны 1870—1871 гг. При этом выяснилось, что большинство раненых с повреждением груди имело пулевые ранения. Пирогов писал: «В германских же лазаретах мне показали много ран проникавших в межреберный промежуток без всякого повреждения костей что, вероятно, зависело от формы, скорости полета и меньшего объема пули Шаспо». Но не только это обстоятельство являлось причиной успехов в лечении этой категории раненых. Хорошее наблюдение за ранеными, достаточное количество врачей и ухаживающего персонала, применение отсасывания гноя и крови посредством парацентеза сыграли свою положительную роль.

При этом законно мог возникнуть вопрос о том, куда же девались раненые в череп, в живот, а также раненные в грудную клетку с серьезными по

[1] Н. И. Пирогов, Отчет о посещении военно-санитарных учреждений в Германии, Лотарингии и Эльзасе в 1870 г., Спб., 1871, стр. 97.

вреждениями ребер, плевры и легких. Ответ может быть только один: они умерли или на поле боя, или на пути в госпиталь. Почему? Было бы недопустимой ошибкой ссылаться на отсутствие надежных методов лечения, или на тяжесть этих ранений, или вообще на бессилие лечебной медицины. Причины этого плачевного явления следующие: раненым не оказывали своевременной помощи на поле боя; раненых не выносили своевременно с поля боя; раненым не оказывали серьезной квалифицированной помощи в полевых лечебных учреждениях вследствие их перегрузки и невозможности госпитализации в них нетранспортабельных.

В своем отчете о посещении военно-санитарных учреждений в Германии, Лотарингии и Эльзасе Николай Иванович приводил много случаев длительного оставления раненых на поле боя без всякой помощи. Он писал: «Раненых таскали и возили на своих повозках жители целых два дня с поля сражения и размещали их как попало по домам. После сражения при Виссамбурге французские врачи рассказывали мне, что раненые французы оставались также два дня на поле. В деревне Ромельи показывали мне площадку и улицу на которой было свалено несколько тысяч раненых под Гравелотом. Их везли оттуда два дня и две ночи на крестьянских телегах и обывательских подводах и на эти тысячи раненых было всего-навсего 4 врача».

Указывая на плохие результаты лечения отдельных категорий тяжело раненых, Пирогов писал: «Но как ни важны приведенные причины, все-таки они еще не объясняют вполне, почему первая помощь раненым в нынешнюю войну была так скудна и несвоевременна. Я приписываю этот печальный факт частью шаткости и неправильности отношений медицинской администрации к военному начальству».

Главной причиной этого явления Пирогов считал «недостаток санитарных команд» в действующих частях и соединениях.

Говоря о потребности санитаров и санитаров-носильщиков, Пирогов писал: «Расчет не так труден. На каждого тяжело раненого, т. е. не могущего итти, нужно не менее 4 носильщиков: полагая, что самое близкое расстояние от огня нынешних амбулансов будет 1—2 версты, эти носильщики не обернут более 10 раз в день; они подымут, следовательно, не более 10 человек в день; по этому расчету нужно бы было не менее 400 носильщиков на 1 000 раненых, а столько санитарной команды в армии полагается только на целый корпус, тогда как по тысячам раненых теряют теперь не корпуса, а полки, и потому официальных носильщиков заменяют еще и теперь фронтовыми, а носилки — ружьями. Но сделанный сейчас расчет был бы только тогда верен, если бы назначенная для переноски ноша была не рассеяна, если бы с этим живым грузом можно было обращаться, как с грудою камней, и если бы дорога к перевязочным пунктам была прямая и на пути не встречалось бы никаких препятствий. Это далеко, однако же, не так. Чтобы бережно поднять и снять тяжело раненого, нужно время; скоро итти с такою ношею нельзя, а прямо дойти до амбулансов, не рискуя попасть в огонь или заблудиться между войсками, также невозможно; словом, чтобы дело шло сколько-нибудь успешно, нужно считать на 1 000 таких раненых не менее 500, и то приученных, носильщиков. Да и тогда, пусть каждый из нас, поставив себя на место одного из десяти раненых, представит себе, что он вместе с девятью другими лежит на поле, измученный болью; четверо носильщиков переносят одного за другим из его товарищей, возвращаясь через 3/4 или через 1 час назад за новою ношею, и вот, по воле судьбы он последний на очереди. Каково ее ждать 10 часов, рискуя притом быть снова раненым или убитым. Не заговорит ли тогда каждый из нас: «Почему не возьмут нас всех разом; почему не пришлют вместо десяти сорок носильщиков?» [1].

Сейчас кое-что изменилось. Расчет потребности нужно уменьшить, но в доводах и мотивировках нельзя ничего добавить и ничего нельзя убавить. Действительно, в оказании медицинской помощи раненым непосредственно на поле боя никакого прогресса нет, несмотря на жизненную в нем необходимость. Если можно говорить о главных и второстепенных задачах военной медицины, то самая главная задача ее состоит именно в резком улучшении

[1] Н. И. Пирогов, Отчет о посещении военно-санитарных учреждений в Германии, Лотарингии и Эльзасе в 1870 г., Спб., 1871, стр. 534.

организации оказания помощи раненым на поле боя и своевременного выно и вывоза их в ближайшие лечебные учреждения, где им может быть оказа квалифицированная медицинская помощь.

В русской армии впервые введены санитары-носильщики в 1869 г. При зом по военному ведомству от 19 июля за № 260 был объявлен штат дивиз онного лазарета с ротой санитаров-носильщиков в составе 200 человек. Э 200 человек санитаров-носильщиков полагались на одну пехотную дивиз Количество санитаров-носильщиков в русской армии в войну 1914—1917 было резко увеличено. Помимо санитаров-носильщиков перевязочных отрядов дивизий, в каждом пехотном полку их было 128, а в артиллерийской бригаде—

Однако в первую мировую войну медицинская служба русской армии могла похвастаться своевременностью выноса раненых с поля боя. Тем более не могла она похвастаться оказанием первой помощи на поле боя. Потери же ранеными в первой мировой войне были меньше, чем в настоящей войне. Следовательно, потребность в санитарах-носильщиках в современных войнах во много раз возросла. Кроме того, нужно учесть, что, вследствие возросшей плотности огня в современной войне, ротные санитары и санитары-носильщики слишком часто выбывают из строя, относительно чаще, чем бойцы. Условия работы ротного санитара и санитара-носильщика в современной войне резко изменились. Это прекрасно, художественно и правдиво описал Михаил Александрович Шолохов в своем замечательном романе «Они сражались за родину». Позволю себе привести выдержки:

«...С усилием Звягинцев поднял веки. Сквозь пыль, смешавшуюся со слезами и грязной коркой залепившую глаза, увидел клочок багровомутного неба, близко от щеки проплывавшие куда-то мимо причудливые сплетения былинок. Его волоком тащили по траве, очевидно, на плащ-палатке, и к сухому и жесткому шороху травы присоединилось тяжелое прерывистое дыхание человека, который полз впереди и с трудом, сантиметр за сантиметром, тащил за собой его отяжелевшее безвольное тело.

Спустя немного, Звягинцев почувствовал, как вначале голова его, а затем и туловище сползают куда-то вниз. Он больно ударился плечом обо что-то твердое и снова мгновенно потерял сознание.

Вторично он очнулся, ощутив на липе прикосновение шероховатой маленькой руки. Влажной марлей ему осторожно прочистили рот и глаза, и он на миг увидел маленькую женскую руку и голубую пульсирующую жилку у белого запястья, затем к губам его приставили теплое, металлически пресное на вкус горлышко алюминиевой фляжки...»

«...От радости, что жив и не покинут своими, от признательности, которую он не мог, да, пожалуй, и не сумел бы выразить словами незнакомой девушке — санитарке чужой роты, у него коротко и сладко защемило сердце и он чуть слышно прошептал:

— Сестрица... родная... откуда же ты взялась?..»

«..Они лежали в глубокой воронке на жестких грудах откуда-то из первородных глубин исторгнутой взрывом глинистой земли. С низким нарастающим воем над ними прошелестела мина, и Звягинцев, ко всему, кроме своей боли, равнодушный, но все же краем глаза наблюдавший за девушкой, увидел, как она в ожидании близкого разрыва припала к земле, сжалась в комочек, зажмурилась и детским, трогательным в своей наивности движением закрыла грязной ладошкой глаза...»

«...С величайшим трудом она вытащила его из воронки. Он очнулся, попытался помочь, подтягиваясь на руках, цепляясь пальцами за сухую колючую траву, но боль стала совершенно нестерпимой, и он прижался мокрой от слез щекой к мокрой от крови плащ-палатке и стал жевать зубами рукав гимнастерки, чтобы не оказать перед девушкой своей мужской слабости, чтобы не закричать от боли, которая, казалось, рвет на части его обескровленное и все же жестоко страдающее тело.

В несколько метрах от воронки девушка выпустила из потной занемевшей руки угол плащ-палатки, перевела хриплое дыхание, неожиданно проговорила плачущим голосом:

— Господи, и зачем это берут таких обломов в армию? Ну, зачем, спрашивается? Ну, разве я дотащу тебя, такого мерина? Ведь в тебе, миленький, верных шесть пудов!

Звягинцев разжал зубы, прохрипел:

— Девяносто три...»

Вот почему проблема быстрого оказания раненым первой помощи на поле боя и своевременного выноса их из зоны действительного ружейно-пулеметного огня является актуальной и для нашей военно-медицинской службы Красной Армии.

Мы не будем касаться многих других вопросов военной медицины, которые были подняты Николаем Ивановичем. К таким вопросам относятся: вредность дуализма в управлении медицинской службы, организация и задачи эвакуационных органов. Но и без рассмотрения этих вопросов можно и нужно сказать: военная медицина мира обязана гению Пирогова учением о медицинской сортировке раненых и больных на театре войны, учением о лечении огнестрельных повреждений трубчатых костей, введением наркоза в лечебных учреждениях действующей армии.

Военная медицина нашей родины, кроме того, обязана гению Пирогова блестящим обоснованием исключительной роли женского труда в деле ухода за ранеными и больными непосредственно в лечебных учреждениях действующей армии.

Николай Иванович Пирогов является создателем основ военной медицины.

Если можно и уместно говорить об успехах работы военной медицины Красной Армии в Отечественной войне, то одним из успехов нужно считать наше стремление как можно лучше и полнее применить учение Пирогова на театрах ныне происходящей жестокой и кровопролитнейшей войны.

★

Полковник медицинской службы И. А. ЗВОРЫ

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЙ В ГРУДНУЮ ПОЛОСТЬ В ВОЙСКОВОМ И АРМЕЙСКОМ РАЙОНАХ

I. Классификация проникающих ранений в грудную полость

По данным Оппеля, Бурденко, Ахутина и др., ранения в грудную по занимают по частоте третье место. По локализации они составляют 8,28 всех ранений. Из них проникающих ранений 48,2%, непроникающих — 51,8

По Ахутину (1938 г.) проникающих ранений 49,2%, непроникающих — 5 по Оппелю (1917 г.) — соответственно 52,9% и 47,1%, по Львову (1940 г 37% и 63%.

Раненые с непроникающими ранениями в грудную полость лечатся по щим правилам ранений мягких тканей, требуя тщательного осмотра и гностики. Большинство их получает лечение в госпиталях легко раненых в делах армейского района.

При проникающих ранениях в грудную клетку диагностика значите сложнее.

Фридлянд предложил классификацию проникающих ранений в грудную лость по их тяжести и опасности кровотечения. Он делит ранения на четыре з

1. Периферическая зона (до внешней поверхности легкого).
2. Наружная зона (до сосковой линии).
3. Средняя зона (до грудинной линии).
4. Срединная зона.

Чем ближе ранение к середине, тем больше угроза кровотечения, тем р нение опаснее.

Эта классификация не определяет поведения хирурга в смысле опера ного вмешательства. При ранении грудной полости в средней и срединной з раненые попадают в руки хирурга значительно реже, чем при ранении в наруж ной и периферической, так как часто гибнут на поле боя.

Деление проникающих ранений в грудную полость на ранения с откр и закрытым пневмотораксом говорит хирургу в смысле оперативного вмеша ства уже много.

При проникающих ранениях в грудную полость с закрытым пневмотора оперативное вмешательство может быть предпринято только при ранении кого. Операция в этом случае на легком практически в данное время не положительного эффекта. Следовательно, при закрытом пневмотораксе оп тивное вмешательство на передовых этапах отпадает. При открытом пневм раксе оперативное вмешательство является экстренной операцией. Повед хирурга здесь целиком зависит от диагноза открытого пневмоторакса.

При проникающих ранениях грудной клетки мы имеем:

1. Раненых с клинически выраженным открытым пневмотораксом. По ние хирурга здесь ясное: нужно как можно скорее открытый пневмоторакс войсковом и армейском районах превратить в закрытый.

2. Раненых с ясно выраженной клинической картиной закрытого пневм ракса; в этом случае поведение хирурга консервативное.

3. Раненых с неясно выраженной клинической картиной открытого или крытого пневмоторакса. Эту группу я назвал диагностической, или проме точной. Тактика хирурга здесь должна быть выжидательная. Если в тече 1—2 часов будет отмечаться нарастание симптомов открытого пневмотор нужна операция закрытия пневмоторакса; если симптомы будут стихать, мо вести консервативную линию.

Мы изучили 420 случаев проникающих ранений в грудную полость, начиная МСБ и кончая выходом за пределы армии.

Из 420 случаев проникающих ранений в грудную полость мы имели раненых клинически выраженным открытым пневмотораксом 134 человека (32%), с клинически выраженным закрытым пневмотораксом 114 человек (27%), с диагностической (промежуточной) формой 172 человека (41%).

Следовательно в 41% случаев потребовалось некоторое время для установления точного диагноза и вытекающего из него поведения хирурга.

Это те случаи, когда трудно и даже невозможно сразу поставить диагноз закрытого или открытого пневмоторакса. Эти раненые требуют постоянного наблюдения в течение нескольких часов для решения вопроса об оперативном или консервативном их лечении. Выделением в МСБ этого контингента раненых в особую диагностическую группу мне удалось снизить процент смертности при таком виде ранений.

Раненые этой группы после выжидательной тактики хирурга, убедившегося в развивающейся клинической картине открытого или закрытого пневмоторакса, переходят в группу открытого или закрытого пневмоторакса.

Из 172 случаев диагностической группы оказалось с открытым пневмотораксом 83, с закрытым — 89.

Следовательно, в итоге мы имели: с открытым пневмотораксом 217 случаев (51,6%), с закрытым пневмотораксом 203 случая (48,4%); ранений в левую половину грудной полости было 154 (36,6%), ранений в правую половину грудной полости — 266 (63,4%).

Правая сторона поражается чаще левой, так как левая больше прикрыта щитом и лежит ближе к земле, чем правая.

Сквозных ранений было 311 (74,1%), слепых — 109 (25,9%). При сквозных ранениях наличие двух отверстий, требующих ушивания, имело место в 16 случаях (5,1%), с повреждением легких было 306 случаев (72,9%), без повреждения легких — 114 (27,1%).

Ранений в верхние отделы грудной клетки до VI ребра и выше было 283 (67,3%), ранений в нижние отделы — 137 (32,7%).

Смертность в МСБ при проникающих ранениях в грудную полость с открытым пневмотораксом равна 28,2%, с закрытым — 5%, непроникающих — 0. Смертность при всех ранениях в грудную клетку равна 6,5%. При проникающих ранениях с открытым и закрытым пневмотораксом смертность равна 14,2%.

По данным Оппеля, Люваль, Поше, в первую мировую войну смертность при проникающих ранениях составляла 50%.

Ранения в верхний отдел грудной клетки дают смертность в $1^1/_2$ раза выше, чем в нижний, вследствие большей возможности повреждения крупных сосудов.

II. Оперативные вмешательства при проникающих ранениях в грудную полость

Так как оперативные вмешательства на легких в войсковом и армейском районах пока мало эффективны, почти все операции на грудной полости в первые сутки после ранения практически сводятся к закрытию дефекта грудной клетки.

При проникающих ранениях грудной полости с закрытым пневмотораксом дефект грудной клетки мал и закрывается сам. Оперативное вмешательство при этом вызывает лишнюю травму и увеличивает возможность инфицирования грудной полости.

Всякое ранение, проникающее в грудную полость, инфицировано. При условии открытого пневмоторакса физиологические взаимоотношения плевры и легких резко искажаются, создается ряд условий, понижающих сопротивляемость плевры к инфекции.

Оперативные вмешательства с целью надежного закрытия дефекта грудной клетки требуют широких разрезов с вскрытием грудной полости и быстрым вхождением атмосферного воздуха в плевральное пространство. Хирург должен постоянно учитывать этот отрицательный фактор, возникающий при ушивании небольших дефектов грудной клетки. В войсковом и армейском районах заши-

вание дефекта грудной стенки надо делать при наличии клинически ясно выраженных симптомах открытого пневмоторакса.

При большом дефекте грудной стенки, когда материала самой грудной стенки нехватает для закрытия дефекта, оперативное вмешательство может быть двояким: надо или добиться такой податливости грудной стенки, чтобы за счет уменьшения плеврального пространства (путем резекции ребер) выделить такой лоскут, который прикрыл бы дефект, или прикрыть дефект самим легким или диафрагмой.

Особенно хороший эффект получается при ушивании дефекта в нижних отделах грудной клетки диафрагмой. Смертность в войсковом районе при этой операции достигает 30%.

Ушивание дефекта грудной стенки легким имеет положительные и отрицательные стороны. Положительной стороной является то, что надежно прикрывается дефект, и легкое, растягиваясь, уменьшает «мертвое пространство». Отрицательной — является то, что паренхима легкого остается открытой в месте ранения и при растягивании легкого расширяется и возобновляется или усиливается кровотечение из легкого. Смертность в войсковом районе при этой операции доходит до 70%.

Устранить опасность кровотечения из легкого можно тем, что в дефект грудной клетки вшивается сама рана легкого с последующей тампонадой легкого по Вишневскому. Такое оперативное вмешательство снижает смертность до 50% и дает возможность контролировать и останавливать кровотечение.

Закрытие большого дефекта грудной клетки за счет увеличения податливости самой грудной клетки путем широкой поднадкостничной резекции ребер имеет большие преимущества. Уменьшается «мертвое пространство» грудной полости, физиологическое взаимоотношение плевры и легких приближается к норме, что значительно облегчает борьбу организма с инфекцией. Ввиду этого можно считать эту операцию при больших дефектах грудной клетки операцией выбора. Менее травматичен способ поднадкостничной резекции ребер по Эсляндеру, технически вполне доступный хирургам МСБ. Смертность при этой операции достигает 30—35%.

Операции ушивания открытого пневмоторакса

Чем ближе к центру и чем выше, грудная клетка менее податлива, труднее ушить дефект грудной стенки; особенно трудно, а временами невозможно, ушить его в межлопаточном пространстве.

Положение раненого при операции ушивания открытого пневмоторакса имеет очень важное значение. Положение на здоровой половине при больших дефектах грудной клетки опасно, так как вызывает отклонение средостения в здоровую сторону, его трепетание и закупорку ведущих к здоровому легкому воздухоносных путей (Кюттнер). Мы применяем сидячее положение раненого на операционном столе. Раненый свешивает ноги со стола и всей своей тяжестью ложится на стоящего санитара, выставляя раненую сторону к оператору. Такое положение выгодно при ранении спины и боковых поверхностей груди. При ранении грудной полости спереди мы кладем раненого на стол в обычном лежачем положении с несколько приподнятой грудной клеткой.

Раненные в грудную полость гибнут в первые сутки на передовых этапах от двух причин — кровотечения и шока. Мы имеем мало средств борьбы с легочным кровотечением. Плевральный шок протекает очень тяжело, и борьба с ним представляет также большую трудность. Наши методы еще не совершенны. В дальнейшем эти раненые гибнут на других этапах армии и фронта главным образом от инфекции.

Если мы временами бессильны бороться с кровотечением и шоком в МСБ, то уберечь плевральную полость от инфицирования и предоставить благоприятные условия организму к борьбе с попавшей инфекцией мы на передовых этапах можем и обязаны.

Состояние открытого пневмоторакса значительно нарушает физиологические условия плевры и извращает физиологические соотношения грудной полости. Это является главным фактором снижения сопротивляемости инфекции. Вызванное пневмотораксом изменение кровообращения, всасывание и «мертвое пространство», где скапливается легко инфицированный материал и секрет, способствуют

развитию инфекции. Это положение заставляет быть особенно настороженным при операции на грудной клетке.

Операцию ушивания открытого пневмоторакса мы проводили под местной инфильтрационной анестезией новокаином с добавлением инфильтрации новокаина в межреберье около позвоночника. Перед операцией мы давали раненому морфий и камфору. Введение лобелина, цититона мы считаем противопоказанным из-за раздражения этими препаратами центра дыхания, вследствие чего получается более глубокая экскурсия стенок грудной клетки, нарушающая покой пораженного органа.

Зашивание открытого пневмоторакса состоит из следующих этапов:

1. Иссечение всех нежизненных, мало жизненных травмированных тканей, грудной стенки, удаление осколков ребер.

2. Скусывание острых концов ребер и подгадкостничное удаление участков ребер для достижения большей податливости грудной клетки с целью выкраивания лоскута для закрытия дефекта.

3. Ревизия грудной полости.

4. Ушивание многоэтажными швами дефекта грудной стенки.

Правильное и полное иссечение раны при операции ушивания открытого пневмоторакса является часто решающим моментом.

При наличии открытого пневмоторакса, особенно при переломах нескольких ребер, грудная стенка делается более податливой и сжимается за счет дефекта ребер. Острые края ребер заходят друг за друга, рвут плевру, сосуды, нервы, вызывая резкие боли. Транспортировка доводит раненого до состояния шока. Вот почему недостаточно скусить острые концы разбитых ребер; надо удалить участки ребер, а если необходимо, то и часть здоровых ребер для образования надежного мягкого лоскута, чтобы закрыть без натяжения дефект грудной стенки, увеличив ее податливость.

После первых двух этапов необходимо сделать ревизию грудной полости. Для этого мы пользуемся отраженным светом ушного рефлектора. Свет поступает концентрированно и дает возможность осмотреть часть полости. Необходимо удалить сгустки крови, осколки ребер, инородные тела, доступные по своему расположению.

Самый ответственный этап, когда достаточно мобилизован мягкий лоскут, состоящий из плевры, фасции, мускулатуры, надкостницы, — это ушивание.

Ушивание проводится следующим образом: режущей иглой с крепким, надежным шелком прокалывается слой мускулатуры, и игла выводится на 1—1,5 см от края дефекта плевры. Второй вкол делается в плевру, на таком же расстоянии с другой стороны, и выкол в мускулатуру. Швы не завязываются. На расстоянии 0,5—1 см накладывается такой же шов. Шов накладывается до конца дефекта. Теперь ассистент сдавливает грудную клетку до сведения краев дефекта, наложенные швы надежно завязываются. При завязывании швов надо следить, чтобы плевра прилегала к плевре. Хуже, когда между плеврой происходит интерпозиция мускулатуры. Но на это итти можно, если нехватает плевры. Перед последним завязыванием наложенных лигатур надо заставить раненого сделать глубокий выдох, а ассистент должен энергично сжать грудную клетку с целью уменьшения «мертвого пространства».

Этому моменту я придаю большое значение. Раненые, которым это проделано, значительно лучше себя чувствуют, чем те, которым это мероприятие не проделано.

После того как достигнута герметичность швами первого этажа, надо приступить к наложению швов второго, а если нужно, то и третьего этажа. При наложении швов второго этажа необходима монолитность обоих этажей, чтобы не было пространств между мускулатурой, так как в этих пространствах накапливается кровь, секрет раны, что способствует развитию инфекции. Монолитность достигается тем, что в шов захватывается мускулатура первого этажа. Надо добиться, чтобы шов не ложился на наложенный уже шов первого этажа и получился «замок». Для этого одну сторону делают короче другой. Швов на подкожную клетчатку и кожу мы не накладываем.

На рану, как правило, мы накладываем массивную повязку с мазью Вишневского.

При правильном и надежно ушитом дефекте мы имели случаи эмпиемы, но рана заживала первичным натяжением и швы не расходились.

Из 420 раненых с проникающими ранениями в грудную полость нуждались в зашивании дефекта грудной клетки на передовых этапах в первые двое суток после ранения 217 человек, или 51,6%.

На 154 случая ранения в левую половину грудной клетки показания к оперативному вмешательству имелись в 93 случаях, или в 60,3%. Из 266 случаев ранения в правую половину грудной клетки показания к оперативному вмешательству были в 124 случаях (46,6%).

Таким образом, показания к оперативному вмешательству создаются чаще при ранении в левую половину грудной клетки.

Из 311 раненых со сквозными проникающими ранениями в грудную полость нами оперирован 161 человек (51,7%). У 16 из них оперированы входные и выходные отверстия. Из 109 раненых со слепыми проникающими ранениями в грудную полость оперировано 56 человек (50,3%).

III. Осложнения после операций зашивания открытого пневмоторакса

Как уже указывалось, из 420 случаев с проникающим ранением в грудную полость в 217 (51,6%) имел место открытый пневмоторакс, требовавший оперативного вмешательства в МСБ и в госпиталях первой линии.

Диагностику осложнений в плевральной полости[1] мы проводили на основании клинической картины 217 случаев; 42% их рентгеноскопированы.

Осложнения в плевральной полости нами разбиты на три группы: 1) чистый гемоторакс без расхождения швов; 2) гемопиоторакс без расхождения швов; 3) гемопиоторакс с расхождением швов.

На 217 случаев, подвергнувшихся оперативному вмешательству, осложнения в плевральной полости произошли в 127 случаях (58,5%). Из них чистый гемоторакс отмечен у 38 (17,5%), гемопиоторакс без расхождения швов у 36 (16,5%) и гемопиоторакс с расхождением швов у 53 раненых (24,5%) (табл. 1).

Таблица 1

Срок оперативного вмешательства после ранения	Оперативное вмешательство	Всего оперировано	Из них получено осложнений	Характер осложнений в плевральной полости		
				гемоторакс без расхождения швов	гемопиоторакс без расхождения швов	гемопиоторакс с расхождением швов
В первые 8 часов	Технически правильное . . .	75	24	10	14	—
	Неправильное	47	24	12	4	8
Через 8—24 часа	Технически правильное . . .	37	25	12	6	7
	Неправильное	23	21	4	7	10
Через 24—48 часов	Технически правильное . . .	24	22	—	5	17
	Неправильное	11	11	—	—	11
	Итого . . .	217	127	38	36	53

Следовательно, в 41% случаев имелось гнойное осложнение, в 24,5% случаев — расхождение швов, в 16,5% пришлось сделать торакотомию или резекцию ребра.

[1] Осложнения в легком нами исключены из анализа, так как в полевых условиях их трудно диагносцировать.

Из 93 случаев, оперированных на левой половине грудной клетки, получились осложнения в 49 случаях (52,7%). Из 124 случаев, оперированных на правой половине грудной клетки, получились осложнения в 48 случаях (62,8%).

На 161 случай сквозных ранений грудной полости с открытым пневмотораксом получились плевральные осложнения в 84 (52,1%). На 56 случаев слепых ранений получились осложнения в 43 (76,7%). Слепые ранения значительно чаще дают плевральные осложнения, чем сквозные (табл. 2).

Таблица 2

Характер ранений грудной клетки с открытым пневмотораксом	Число операций	Число осложнений	Абсолютные числа: характер осложнений: гемоторакс без расхождения швов	гемопиоторакс без расхождения швов	гемопиоторакс с расхождением швов	% осложнений	% характер осложнений: гемоторакс без расхождения швов	гемопиоторакс без расхождения швов	гемопиоторакс с расхождением швов
Сквозные ранения	161	84	29	19	36	52,1	18,0	11,8	22,3
Слепые »	56	43	9	17	17	76,7	16,1	30,3	30,3
Итого . . .	217	127	38	36	53	58,5	17,5	16,5	24,5

Ошибки хирургов передовых этапов при зашивании дефекта грудной клетки сводятся главным образом к недостаточно тщательному иссечению раны, к оставлению осколков ребер, к нескусыванию острых краев ребер, к недостаточному устранению тугоподвижности грудной стенки и недостаточному отделению мягкого лоскута из тканей стенки, вследствие чего образуется большое натяжение тканей, недостаточная монолитность мягкого лоскута, недостаточная герметичность наложенных швов. Хирурги зашивают иногда дефект кетгутом.

Осложнения отмечались значительно чаще, если при операции были допущены технические ошибки (табл. 3).

Таблица 3

Оперативное вмешательство	Число оперированных	Число осложнений	Характер осложнений: гемоторакс без расхождения швов	гемопиоторакс без расхождения швов	гемопиоторакс с расхождением швов	% осложнений к оперированным	% гемоторакс без расхождения швов	гемопиоторакс без расхождения швов	гемопиоторакс с расхождением швов
Технически правильное . . .	136	71	22	25	24	52,1	16,1	18,3	17,7
Технически неправильное . .	81	56	16	11	29	69,1	19,7	13,6	35,8
Итого . . .	217	127	38	36	53	58,5	17,5	16,5	24,5

Методичность техники оперативного вмешательства при зашивании дефекта грудной клетки имеет исключительно важное значение для надежности удержания герметичности закрываемого дефекта. Нет сомнения, что инфицирование идет за счет негерметичности закрытого пневмоторакса.

Принцип современной хирургии требует всякую инфицированную рану раскрыть. Слепое пулевое ранение грудной полости есть заведомо инфицированная полость с очагом инфекции. Однако при ранениях грудной клетки есть смысл закрыть плевральную полость даже временно, лишь бы транспортировать раненого не с открытым пневмотораксом. Ряд авторов прямо рекомендует полность закрывать грудную полость даже в тех случаях, когда нет гарантии асептического течения. Они считают, что выгод от первичного закрытия значительно больше, чем вреда от вторичного вскрытия грудной полости.

Из 56 случаев, оперированных по поводу слепых ранений грудной полости с открытым пневмотораксом, получилось осложнение в 43. У 17 раненых оно получилось в виде гемопиоторакса, но швы не разошлись и полость оставала герметичной, у 17 получилось то же осложнение, но с расхождением швов.

Весь процесс болезни при герметичности грудной клетки протекал значительно легче и быстрее, чем у тех, у которых эта герметичность нарушалась.

Слепые ранения с открытым пневмотораксом дали на 24,6% больше плевральных осложнений, чем сквозные, причем эти осложнения протекали главным образом в виде гнойных процессов в плевральной полости (60,6%).

Наилучшим способом борьбы с осложнениями при слепых ранениях грудной клетки является создание максимального покоя этому органу. Надо выключить этот орган или сократить его работу и приблизить к нормальному физиологическому взаимоотношению легких и плевры.

Для этого надо правильно и своевременно закрывать дефект грудной стенки, производить блокаду n. vagi по Бурденко или Вишневскому, блокаду n. phrenici, алкоголизацию его или даже френикотомию.

Выключение n. phrenici особенно показано при слепых ранениях в нижнюю долю легкого.

В 28 случаях проделанной нами блокады n. phrenici при слепых ранениях нижних отделов грудной клетки с открытым пневмотораксом мы имели плевральные гнойные осложнения в 9 случаях, или 32,1%, а не в 60,7%, как следует из табл. 3. Хотя материал и мал, чтобы делать определенные выводы, но он дает явно ободряющую картину.

Выводы

1. Частота плевральных осложнений после операции ушивания открытого пневмоторакса в войсковом и армейском районах равна 58,5%.

2. Плевральные осложнения справа на 10,1% чаще, чем слева.

3. Из 58,5% осложнений после операций ушивания открытого пневмоторакса наблюдались: чистый гемоторакс в 17,5%, гемопиоторакс без расхождения швов в 16,5%, гемопиоторакс с расхождением швов в 24,5%, в итоге в 41% было плевральное осложнение гнойного порядка.

4. Срочность оперативного вмешательства при открытом пневмотораксе играет решающую роль в плевральных осложнениях.

5. Методически и технически правильное выполнение операций ушивания дефекта грудной клетки при открытом пневмотораксе резко снижает процент плевральных осложнений, главным образом за счет гемопиоторакса с расхождением швов (17,7 и 35,8%) (табл. 2).

6. Слепые проникающие ранения грудной полости с открытым пневмотораксом дают на 24,6% больше плевральных осложнений, чем сквозные. Увеличение процента этих осложнений идет главным образом за счет гнойных процессов в плевральной полости (60,6 и 34,1%).

7. Искать инородное тело в грудной полости не только не рационально, но и вредно.

8. Слепые проникающие ранения грудной полости с открытым пневмотораксом подлежат закрытию, хотя полость и имеет заведомо инфицированный очаг.

9. Снижения процента осложнений при слепых проникающих ранениях в грудную полость можно добиться путем создания покоя последней и приблиз-

жающегося к норме физиологического взаимоотношения плевры и легкого, посредством своевременного и правильного закрытия дефекта грудной клетки, блокады n. vagi по Бурденко и Вишневскому, блокады n. phrenici, алкоголизации его и френикотомии.

10. Блокада n phrenici при слепых ранениях нижних отделов грудной клетки с открытым пневмотораксом снижает процент гнойных осложнений плевральной полости (с 60,7 до 32,1%).

★

Капитан медицинской службы Л. А. НЕФЕДОВА

К ВОПРОСУ О ПРИГОДНОСТИ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Критерием успехов консервативной терапии и оперативного лечения язвенной болезни является трудоспособность больных.

Из числа оперированных в прошлом по поводу язвенной болезни часть их неоднократно госпитализируется, тогда как другие находятся в строю.

Рассматривая истории болезни оперированных по поводу язв желудка и двенадцатиперстной кишки, мы пытались анализировать причины частичной или полной потери боеспособности и трудоспособности у госпитализированных больных, обращая внимание, согласно указанию главного терапевта Ленинградского фронта, на боеспособность и трудоспособность этой группы больных до поступления их в эвакогоспитали.

Одновременно с этим сопоставлялась клиническая картина болезни с данными анамнеза военной службы.

Анализировались данные рентгенологического исследования, особенно эвакуаторная функция желудка, так как известно, что ускорение эвакуации может за собой повлечь и патологию функции кишечника.

Среди хирургов существует убеждение, что резекция желудка — правда, являющаяся довольно серьезной операцией для больного, — не только не инвалидизирует, но, наоборот, восстанавливает трудоспособность язвенных больных, а тем самым, видимо, и их боеспособность. В своей монографии «Хирургическое лечение язвенной болезни» (1943 г.) проф. С. С. Юдин утверждает, что после оперативного вмешательства до 92—94% больных стойко восстанавливают свою трудоспособность.

К сожалению, мы не смогли сопоставить цифры оперированных по поводу язвенной болезни и находящихся в строю с числом госпитализированных.

Мы пытались лишь уточнить показания к вынесению индивидуальных экспертных решений у этой группы больных.

Следует отметить, что индивидуализация экспертных решений у группы оперированных, помимо оценки рентгенологически устанавливаемого пищевого симптома, идет обычно по трем путям: по состоянию питания, когда учитываются более или менее резкие расстройства питания, по возрасту комиссуемого и наличию спаечных процессов. Разумеется, все это правильно. Все же эта индивидуализация может быть расширена.

Весьма важным представляется состояние резорбтивной функции кишечника у оперированного больного. Необходимо устанавливать причину расстройств функции кишечника в каждом отдельном случае. Поносы, существенно сказывающиеся на состоянии питания организма, во-первых, могут зависеть от выпадения пищеварительной (ферментативной) функции желудка — так называемые гастрогенные поносы при стойких анацидных состояниях, во-вторых, быть симптомом вторичного энтерита, энтеротифлита и возникать при сохраненной секреции желудка, но при резко ускоренной эвакуаторной его функции. Боль-

шую роль играет и соответствующая тренировка организма оперированно условия, в которых он должен находиться.

С этой точки зрения имеет значение и оценка довоенной профессии обс дуемого, когда срок операции достаточен для адаптации (если так можно са зать) язвенного больного к физической нагрузке.

Наряду со случаями, где оценка функциональных нарушений представлялас сложной, имели место случаи, не представлявшие трудностей для вынесени достаточно обоснованного экспертного решения.

К последним могут быть отнесены рецидивы язвенной болезни с типичны клинической картиной, рентгенологически подтверждаемой нишевым симптом

Наибольший интерес поэтому представляли для нас случаи язвенной боле ни без наличия нишевого симптома, где предстояло решить, имеется ли рецид язвенной болезни или нет.

Мы пытались найти некоторые дополнительные показатели для более де тальной индивидуализации при освидетельствовании оперированных по пово язвенной болезни и, таким образом, дополнить типовые экспертные решения этой группы больных.

Обследуемые находились на излечении в специализированных отделен трех госпиталей.

Общее количество больных составляла группа, из которой гастроэнтеро стомозированных было 65%, после резекции желудка — 35%.

Три четверти больных поступили в госпитали фронтового эвакопункта передового района, а остальные 25% — непосредственно из частей фронтов тыла. Основной причиной госпитализации была желудочная патология — 82% у остальных желудочная патология рассматривалась как сопутствующее забо левание.

Мы видим, таким образом, высокий процент совпадения диагнозов карт пер дового района с диагнозами на последующих этапах эвакуации (МСБ, ТППГ

Примерно около 1/3 общего числа больных поступило в госпитали с выражен ным болевым синдромом. У части больных имелись и диспептические кишеч ные явления.

Клинические проявления обострения язвенной болезни были ярко выраже ны у небольшого числа больных. Большинство же больных предъявляло жало бы гастритические: болевой синдром здесь был выражен умереннее, преобладал ранние боли.

У половины больных питание было понижено, у трети — удовлетворитель ное. Хорошее же питание было лишь у 16,7% больных. Локализованная боле вая зона была обнаружена в правой половине подложечной области у 1/4 боль ных, причем в большинстве случаев в сочетании с напряжением верхней трет правой брюшной мышцы; лишь в одном случае локализованная болевая точк проецировалась левее и несколько ниже уровня пупка (так называемая еюнал ная точка). В этом случае (задний гастроэнтероанастомоз) рентгенологическ была установлена язвенная ниша на задней стенке отводящего колена тонк кишки.

Прямые рентгенологические признаки язвенной болезни (ниша) были обн ружены в группе гастроэнтероанастомозированных в 12,2%, в группе резец рованных — в 18,2%.

Косвенные же симптомы (рубцовые изменения в луковице двенадцатиперст ной кишки и в выходном отделе желудка) составляли 14%, перигастриты и пе ривисцериты — 23% к общему числу больных.

Секреторная функция желудка у группы анастомозированных была в 46,3 снижена, свободная соляная кислота отсутствовала у 31,7% больных, секрет ная функция сохранена у 22% больных.

Из группы перенесших резекцию желудка только в одном случае обнар жились повышенные цифры кислотности (что не совсем понятно, так как в ключении рентгеновского исследования высказывалось предположение о выс кой резекции), в остальных же случаях имела место стойкая анацидитас.

Среди оперированных острокровоточивших не было. Положительная реак на скрытую кровь была обнаружена всего в 4,2%.

Картина крови не представляла патологических особенностей, за исключением умеренной гипохромии со снижением содержания гемоглобина в крови до 52—58% у 8,8% больных после резекции желудка. Количество эритроцитов у этих больных находилось в пределах 3 080 000—3 400 000. РОЭ и здесь не обнаруживала изменений.

Большинство оперированных находилось в среднем возрасте. Так, в возрасте от 30 до 40 лет оперативному вмешательству подверглось 57,1% язвенных больных, несколько меньшее количество больных (34,9%) приходилось на более пожилой возраст (табл. 1). До 30 лет оперировалось лишь 6,4% общего числа больных.

Таблица 1. **Распределение оперированных по возрастам**

Возраст	Общее количество больных в %	Из них	
		гастроэнтероанастомоз в %	резекция в %
От 20 до 30 лет	6,4	50,0	50,0
» 31 года 40 »	57,1	69,4	30,6
» 41 » 50 »	34,9	59,1	40,9
» 51 » и выше	1,6	100,0	—
Всего	100%	65%	35%

Течение язвенной болезни после оперативного вмешательства среди изучаемой группы больных по данным анамнеза нельзя рассматривать как вполне удовлетворительное.

Так, больше 1/3 больных (38,1%) не испытывало субъективных расстройств всего год, ремиссия до 2 лет продолжалась у 1/3 больных и лишь у 28,6% больных период хорошего самочувствия продолжался свыше 2 лет (табл. 2).

Рассмотрение групп анастомозированных и лиц, перенесших резекцию желудка, по отдельности подтверждает те же впечатления: после гастроэнтеростомии 32% больных чувствовали себя хорошо свыше 2 лет, соответственно после резекции желудка свыше 2 лет отсутствовали субъективные расстройства лишь в 22,6%.

В табл. 2 представлены любопытные данные о профессии оперированных. В группе анастомозированных больных с периодом хорошего самочувствия до года физическим трудом занималось 60%, что составляет примерно 2/3 их числа. Те же соотношения мы имели у лиц с отсутствием субъективных расстройств в более длительное время. Показательно, что из числа лиц с длительной ремиссией после гастроэнтеростомии (от 4 до 10 лет) физической работой продолжали заниматься 75%.

Обратимся теперь к случаям резекции. Из числа больных с периодом хорошего самочувствия до года после операции 77,8% (!) занимались физическим трудом, при ремиссии же до 2 лет — 62,5%; при длительной ремиссии от 4 до 10 лет продолжали заниматься физическим трудом 75% больных.

Эти данные создают впечатление, что как в случаях после гастроэнтеростомии, так и после резекции, несмотря на рецидивы болезни (со слов), больные продолжали заниматься своей прежней профессией, в большинстве случаев физическим трудом. Если даже допустить, что ремиссии у больных действительно были кратковременными, на трудоспособности их эти субъективные расстройства не отражались.

Обратимся к табл. 3, в которой сопоставляются сроки призыва в армию оперированных с условиями прохождения военной службы по данным ВВК.

Мы видим, что наибольший контингент в этой группе представляют оперированные со сроком операции от 1 года до 5 лет до призыва в армию (82,5%), из

Таблица 2. **Длительность ремиссии у оперированных больных по субъективным расстройствам**

Длительность периода хорошего самочувствия	Общее количество больных в %	Из общего числа			
		гастроэнтероанастомоз		резекция	
		количество больных в %	из них лиц физического труда в %	количество больных в %	из них лиц физического труда в %
До 1 года	38,1	36,4	60,0	41,0	77,8
» 2 лет	33,3	31,7	84,6	36,4	62,5
» 3 »	15,9	22,0	55,5	4,5	100,0
От 4 до 10 лет .	12,7	9,9	75,0	18,1	75,0

них же со сроками операции до 2 лет было 46,3%. На более поздние сроки призыва после операции, от 7 до 12 лет, приходилось всего 17,5% больных.

Следует отметить, что из числа призванных в армию до истечения года после операции как годных к нестроевой службе двое были призваны в армию уже через 4—6 месяцев после операции.

Приводим краткие данные об этих двух больных. Проследим их дальнейшую судьбу.

1. Красноармеец Л., в прошлом колхозник. Поступил в госпиталь 15.VII. 1944 г. по поводу рецидива язвенной болезни (история болезни № 1244). Больным себя считает с 1935 г. В 1943 г. после длительного пребывания в больнице в Нижнем Тагиле был оперирован по поводу язвы желудка (произведена резекция желудка). Мобилизован 15.I.1944 г. Имел нестроевую службу, был ездовым, вернее, предполагалось, что он мог быть ездовым, так как с января по июль 1944 г. он пользовался четвертый раз госпитальным лечением и каждый раз по поводу рецидива язвенной болезни.

Нормастеник, удовлетворительного питания. Брюшные стенки мягкие, при пальпации болезненность в подложечной области. Кишечной диспепсии не отмечается. Отсутствие свободной соляной кислоты в желудочном содержимом. Данными рентгенологического исследования установлено: резецированный желудок на уровне синуса, складки слизистой желудка иззилисты, утолщены. Эвакуация через отводящую петлю значительно замедлена. Обширный перигастрит, периеюнит.

По постановлению ВВК исключен с военного учета, что совершенно правильно, так как являлся балластом в армии.

2. Красноармеец Р., в прошлом колхозник. Считает себя больным с 1935 г. Резекция желудка в 1943 г. в г. Горьком; тогда же был уволен в запас с переосвидетельствованием через 6 месяцев; через 2 месяца после операции призван в армию строевым. В течение 8 месяцев после призыва в армию три раза пользовался госпитальным лечением по поводу обострения язвенной болезни и после непродолжительного пребывания на фронте (чему предшествовала цепь госпитализаций), получив легкое ранение (мягкие ткани шеи), в апреле 1944 г. поступил в хирургическое отделение (история болезни № 1136). В хирургическом госпитале был комиссован по рецидиву язвенной болезни и признан годным к нестроевой службе. В часть выписан не был, а переведен в другой госпиталь для лечения.

Питание пониженное, брюшные стенки мягкие, чувствительность в подложечной области при пальпации. Стойкая кишечная диспепсия. Анацидитас. Рентгенологическая картина: резецированный желудок формы воронки, от наружного контура контрастная масса направляется в тонкий кишечник; желудок и прилегающие к нему петли тонкого кишечника расположены в левой половине брюшной полости.

Постановлением ВВК исключен с военного учета, что совершенно правильно.

Любопытен и следующий случай (не вошедший в таблицу, так как больной был оперирован во время пребывания на военной службе).

Красноармеец Р., стрелок (строевой). Поступил в госпиталь 30.IV.1944 г. по поводу рецидива язвенной болезни. Считает себя больным с 1936 г. Первый раз мобилизован в армию в 1941 г., затем был снят с военного учета по язвенной болезни; повторно призван в мае 1942 г. строевым. 22.III.1943 г. произведена резекция желудка. После операции, как годный к нестроевой службе по 34-й статье, был выписан в часть с диагнозом состояния после резекции желудка. За период времени с ноября 1943 г. до апреля 1944 г. дважды проходил госпитальные комиссии, оставаясь годным к нестроевой службе.

Удовлетворительного питания, брюшные стенки мягкие, при пальпации разлитая болезненность в подложечной области.

Рентгенологически: резекция антрального отдела и дистальной трети; прямых рентгенологических признаков язвенной болезни не отмечается. Эвакуация без резких изменений.

Только после последней госпитализации он, как и предыдущие двое больных, по постановлению ВВК был исключен с военного учета.

Приведенные примеры убедительно иллюстрируют нерациональность призыва в армию из числа оперированных по поводу язвенной болезни со сроками менее года.

Рассмотрим группу анастомозированных, призванных в армию в течение второго года после операции (табл. 3). Из числа больных с гастроэнтероанастомозами в этой группе более половины было призвано на строевую службу. Остальные (44,5%) были признаны годными к нестроевой службе. В дальнейшем 11,1% из этой группы были уволены в запас, а остальные признаны годными к нестроевой службе с дополнительными ограничениями.

Таблица 3. **Сопоставление срока призыва анастомозированных больных в армию и условий прохождения военной службы по данным ВВК**

На какой год после операции призван в армию	Общее количество больных в %	Количество гастроэнтероанастомозных больных в %	Из них		Данные ВВК за период военной службы	
			строевые	на нестроевой службе	нестроевая служба	уволены в запас
Через 1 год . . .	23,8	26,8	9,1	90,9	90,9	9,1
» 2 года . .	22,2	22,0	55,5	44,5	88,9	11,1
» 3 » . .	14,3	14,6	66,7	33,3	100,0	—
» 4 » . .	14,3	14,6	50,0	50,0	50,0	50,0
» 5 лет . . .	7,9	7,4	100,0	—	33,3	66,7
» 7—8 » . .	11,0	9,8	50,0	50,0	50,0	50,0
» 9—10 » . .	3,2	2,4	100,0	—	—	100,0
Свыше 10 лет . .	3,3	2,4	100,0	—	—	100,0

Ни один из числа оперированных, признанных годными к строевой службе, не оставался строевым более года. Все они получали ограничение годности или увольнялись в запас.

Эти данные указывают на то, что оценка боеспособности и трудоспособности этих лиц производилась независимо ни от срока оперативного вмешательства перед призывом, ни от характера самой операции, т. е. оценка боеспособности и трудоспособности этой группы, видимо, не индивидуализировалась.

Перейдем к детализации показаний для вынесения экспертных решений оперированных по поводу язвенной болезни.

В 14,2% случаев среди оперированных по поводу язвенной болезни отмечены прямые рентгенологические симптомы (ниша). Вынесение вполне обосно-

Таблица 4. **Сопоставление срока призыва в армию лиц после резекции желудка и условий прохождения военной службы по данным ВВК**

На какой год после операции призван в армию	Общее количество больных в %	Количество больных в %	Из них		Данные ВВК за период военной службы	
			строевые	нестроевые	нестроевая служба	уволен в запас
Через 1 год	23,8	18,2	—	100,0	25,0	75,0
» 2 года	22,2	22,7	40,0	60,0	40,0	60,0
» 3 »	14,3	13,6	66,7	33,3	—	100,0
» 4 »	14,3	13,6	100,0	—	66,7	33,3
» 5 лет	7,9	9,1	50,0	50,0	—	100,0
» 6—8 »	11,0	9,1	50,0	50,0	—	100,0
» 9—10 »	3,2	4,5	—	100,0	—	100,0
Свыше 10 »	3,3	9,2	100,0	—	—	100,0
Всего	100%	—	50%	50%	22,7%	77,3

ванного экспертного решения здесь не представляло затруднений. Эти больные подлежали увольнению в запас или снятию с военного учета, что и было сделано.

Обратимся к анализу рентгенологических данных у оперированных по поводу язвенной болезни, но без наличия нишевого симптома и убедительных клинических данных, позволяющих предполагать обострение язвенной болезни.

При анализе рентгенологических исследований обращалось внимание на состояние слизистой (рельеф слизистой), характер эвакуаторной функции соустья, функции привратника, спаечные процессы и их влияние на функции желудка и, разумеется, на наличие прямых рентгенологических признаков язвенной болезни.

В обследуемой группе мы имели деформацию желудка спаечным процессом в 14,6% случаев анастомозирования и в 33,1% резецирования желудка. Кроме того, явления перигастрита, перивисцерита отмечались при анастомозах в 19,5 и около половины случаев при резекции желудка.

Изменение характера рельефа слизистой желудка отмечалось в 52%, причем преобладал гиперпластический гастрит и только в 4 случаях отмечен выраженный местный гастрит — в области соустья. У 1/3 анастомозированных характер рельефа слизистой был неизменен.

Оценка изменения характера рельефа слизистой (гиперпластический или атрофический) в случаях резекции желудка не давали нам данных для определенных выводов, так как при рентгенологическом исследовании речь шла собственно о характере рельефа желудочной культи, т. е. проксимального отдела желудка, оставшегося после резекции. Кроме того, эти данные представляются и не вполне убедительными также и потому, что рельеф слизистой кардиального отдела желудка и у здоровых имеет, как известно, сетчатый характер. С другой стороны, более детальное исследование рельефа при дозированной компрессии затруднительно вследствие высокого расположения кардиальной части желудка.

В равной мере мы не могли сделать каких-либо диагностических выводов в отношении картины тонуса желудка. В случаях обширных резекций вообще затруднительно говорить о тонусе оперированного желудка. Что же касается случаев анастомозированных, то резких изменений тонуса и формы желудка среди больных этой группы не наблюдалось.

Данные об эвакуаторной функции желудка, наоборот, значительно помогали в оценке функциональных нарушений желудка. Так, среди лиц с гастроэнте

стомией ускоренная эвакуация через анастомоз наблюдалась в 39%, в свою очередь у 1/3 этого числа больных с ускорением эвакуаторной функции отмечались поносы.

В группе больных, перенесших резекцию желудка, ускорение эвакуаторной функции было установлено значительно чаще по сравнению с группой анастомозированных и составляло 72%. Показательно, что и поносы наблюдались у больных после резекции желудка также значительно чаще, чем у гастроэнтеростомозированных; кишечные расстройства после резекции желудка отмечены в 43%, т. е. более чем вдвое превышали число больных с кишечными расстройствами среди больных после операции гастроэнтероанастомоза.

Сопоставим данные секреции желудка с состоянием функции кишечника в группе анастомозированных. Примерно у половины больных было установлено отсутствие свободной соляной кислоты, из них поносы были отмечены только в 26,2%. У другой половины больных (52%) с сохраненной секреторной функцией число кишечных расстройств было примерно таким же, как и при ахилии (27,3%).

Создается впечатление, что сама по себе недостаточность секреции желудка у анастомозированных не сказывалась существенно на состоянии функции кишечника.

Что же касается второго фактора, о котором можно было бы думать, — кишечных инфекций, могущих обусловить поносы, то среди этой группы больных показательна заболеваемость дизентерией. Из 9 случаев дизентерии в анамнезе семь раз эта инфекция наблюдалась до операции и именно среди анастомозированных больных, не имевших после операции поносов. Остальные 2 случая дизентерии относились к числу больных с кишечными расстройствами, у которых дизентерия наблюдалась спустя продолжительное время после операции, уже после установившихся поносов. Повидимому, и острые кишечные инфекции (по крайней мере на примере дизентерии) у анализируемой группы анастомозированных вряд ли существенно влияют на возникновение кишечных расстройств. Этим не отрицается важная роль выпадения бактерицидного действия желудочного сока у ахиликов.

Возможно, что к основным причинам наблюдаемой кишечной диспепсии у гастроэнтероанастомозированных следует отнести расстройства двигательной функции кишечника (послеоперационный гиперкинез), особенно в сочетании с недостаточностью жевательного аппарата. Следует отметить, что у 23% этих больных произведено протезирование зубов только во время последней госпитализации. В свою очередь недостаточность жевательного аппарата весьма часто сочеталась с ахилией, именно в 77% случаев.

Патология кишечника как при наличии гастрогенных поносов, так и при вторичном энтеротифлите отражается на питании больного.

Наблюдавшаяся в 44,4% общего числа обследуемых кишечная диспепсия сочеталась с пониженным питанием у 2/3 больных.

Суммируя сказанное, можно притти к выводу, что обнаружение длительной диспепсии у лиц после операции, особенно после резекции желудка, сопровождаемой даже умеренным понижением питания, как нам представляется, требует более осторожного отношения при вынесении экспертных решений.

Разрешение же вопроса о том, каков генез наблюдаемых кишечных расстройств после операции на желудке, мы оставляем открытым.

Нам представляется, однако, что одной из существенных причин возникновения поносов у оперированных больных служит нарушение эвакуаторной функции желудка и двигательной функции кишечника, вернее, нарушение корреляции в моторике всего желудочно-кишечного тракта, и что наблюдаемые воспалительные явления в кишечнике — вторичные, стабилизирующие кишечную диспепсию.

Убедительно обосновать выдвигаемое положение могут только копрологические исследования (в отношении наличия переваримого и так называемого непереваримого крахмала в испражнениях, иодофильной флоры и пр.).

В этом отношении соответствующие исследования в историях болезни не найдены.

В дополнение к единичным примерам, приведенным в нашем сообщении, позволяем себе в заключение проиллюстрировать анализ некоторых историй болезни из числа оперированных больных без нишевого симптома.

1. Красноармеец Н. (история болезни № 5110), в прошлом кондитер. Поступил в госпиталь 5.VI.1943 г. по поводу рецидива язвенной болезни. Предъявил жалобы на боль в подложечной области, изжогу, тошноту. Считает себя больным с 1930 г. Оперирован по поводу язвы желудка в 1933 г. Мобилизован в марте 1942 г. строевым. Удовлетворительного питания, брюшные стенки мягкие, небольшая болезненность в эпигастральной области. Кишечные отправления—норма. Анацидитас. Рентгенологически: резекция выходного отдела желудка; эвакуация в кишечник не ускорена, умеренный гастрит.

Постановление ВВК госпиталя — подлежит снятию с военного учета.

Анализ. Учитывая достаточную адаптацию к физической нагрузке (оперирован в 1933 г. и работал кондитером, в армии один год на строевой службе и госпитальным лечением за этот период не пользовался) при достаточной функции желудка и кишечника, без расстройств питания, данных для снятия с учета военной службы нет, так как больной в сущности поступил не с рецидивом язвенной болезни, а быть может, с обострением гастрита резецированного желудка (?).

Быть может, госпитализирован лишь в порядке обследования. Кроме того, что больной перенес резекцию желудка в 1933 г., других данных для снятия учета нет. Больного правильнее было бы признать годным к строевой службе.

2. Ефрейтор К. (история болезни № 7689). Поступил в госпиталь в марте 1943 г. с жалобами на тяжесть и периодические, ноющего характера боли в подложечной области вскоре после приема пищи. Кишечных расстройств нет. Считает себя больным с 1932 г., оперирован в 1938 г. Мобилизован в марте 1942 г. на нестроевую службу. Хорошо упитан, брюшные стенки мягкие; при глубокой пальпации чувствительность в подложечной области. Рентгенологически: задний гастроэнтероанастомоз; эвакуация идет по двум путям, не ускорена. Гиперпластический гастрит, перидуоденит.

Постановлением ВВК госпиталя уволен в запас.

Анализ. Нарушения эвакуаторной функции желудка нет; нормальная функция кишечника, хорошо упитан. Больной использовался в армии на политработе, госпитализирован первый раз. Нам представляется, что ефрейтор К. может быть оставлен в армии и в дальнейшем использован на той же работе — по специальности.

3. Ефрейтор Б. (история болезни № 1047). В прошлом животновод. Предъявил жалобы гастритического порядка. Отправления кишечника — норма. Считает себя больным с 1933 г. Оперирован в 1940 г. На военной службе с 1942 г. — строевой. Удовлетворительного питания, без объективных данных, указывающих на обострение язвенной болезни. Анацидитас. Рентгенологически: задний гастроэнтероанастомоз, быстрая эвакуация через соустье, умеренно выраженный гиперпластический рельеф слизистой.

Постановление ВВК — годен к нестроевой службе.

Анализ. Из расстройств функции желудка отмечается только ускоренная эвакуация, однако без расстройств функции кишечника, при удовлетворительном питании. Больной, видимо, достаточно адаптировался к условиям прохождения военной службы, так как в течение 2 лет находился в строю, не подвергаясь госпитализации.

Перевод его на нестроевую службу вряд ли явился целесообразным, так как данных для этого, если не считать наложенный в 1940 г. анастомоз по поводу язвы желудка, нет.

Эти примеры создают впечатление о недостаточной индивидуализации экспертных решений у оперированных больных.

В заключение приводим пример из числа оперированных язвенных больных, не подлежавших к призыву в армию по совокупности выраженных послеоперационных желудочно-кишечных расстройств.

Красноармеец Т. (история болезни № 289). Считает себя больным с 1936 г. Высокая резекция в 1940 г. по поводу язвы желудка в одной из больниц г. Ленинграда, где находился на излечении около года. Инвалид второй группы; бы-

сторожем. В конце февраля 1944 г. призван в Ленинграде в ряды армии как годный к строевой службе. После полуторамесячного пребывания на фронте был госпитализирован по поводу «упорного энтерита». При поступлении в госпиталь в апреле 1944 г. — стойкая кишечная диспепсия, связанная с выпадением желудка из акта пищеварения в сочетании с пониженным питанием. Рентгенологически: высокая резекция с ускорением эвакуации.

Разумеется, был снят с военного учета постановлением ВВК госпиталя.

Призыв подобных контингентов в армию нерационален: эти контингенты длительно и повторно госпитализируемых с резко выраженными послеоперационными расстройствами желудочно-кишечного тракта являются балластом для армии.

Выводы

На основании изученной нами небольшой группы больных из трех эвакогоспиталей, оперированных в прошлом по поводу язвенной болезни, по вопросу экспертизы боеспособности и трудоспособности мы считаем возможным сделать следующие выводы:

1. Лиц, перенесших гастроэнтеростомию или невысокую резекцию желудка без расстройств эвакуаторной функции желудка и двигательной функции кишечника, при удовлетворительном питании и достаточной адаптации к физической нагрузке (дозоенная профессия — физический труд и пребывание на службе в армии не менее года) надлежит считать годными к строевой службе.

Контингентов, годных к строевой службе в обследуемой группе, было 9,6%.

2. Лиц, перенесших гастроэнтеростомию при умеренно выраженном расстройстве эвакуаторной функции желудка, периодически наступающих желудочно-кишечных расстройствах, при пониженном питании, считать годными к нестроевой службе.

Таких контингентов в нашей группе было 33,3%.

3. Лиц, перенесших резекцию выходного отдела желудка, с умеренно выраженными функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта, периодически наступающими желудочно-кишечными расстройствами при пониженном питании и пожилом возрасте считать годными к нестроевой службе в тылу с использованием по специальности.

Таких контингентов в обследуемой нами группе было 12,8%.

4. Лица, перенесшие оперативное вмешательство по поводу язвенной болезни, но имеющие обострение язвенной болезни, подтверждаемое рентгенологически нишевым симптомом, пептическую язву тощей кишки после гастроэнтеростомии, обширные спаечные процессы, обусловливающие нарушение двигательной функции желудочно-кишечного тракта, а также больные после высоких резекций подлежат в основном снятию с военного учета или увольнению в запас с переосвидетельствованием через год.

Среди изучаемой группы подобного рода больных было 41,2%.

5. Лиц, оперированных по поводу язвенной болезни, призывать в ряды армии не ранее года после оперативного вмешательства.

Таких контингентов в данной группе было 3,1%.

6. Для дальнейшей детализации показаний к вынесению индивидуальных решений о пригодности к военной службе оперированных по поводу язвенной болезни необходимо не только последующее изучение материалов лечебных учреждений фронта, но и сопоставление с данными о боеспособности оперированных по поводу язвенной болезни, находящихся в строю.

В табл. 5 сопоставлены экспертные решения у оперированных больных по поводу язвенной болезни и предлагаемая индивидуализация экспертных решений.

По данным призыва, среди изучаемой группы оперированных мы имели: годных к строевой службе 47,6%, годных к нестроевой службе 52,4%.

В дальнейшем условия прохождения военной службы по данным ГВВК — годных к нестроевой службе 49,2%, подлежало увольнению в запас или снятию с военного учета 50,8%. При детальной индивидуализации при вынесении экспертных решений с учетом всех вышеперечисленных нами показателей

Таблица 5. Экспертные решения у оперированных больных по поводу язвенной болезни и предлагаемая индивидуализация экспертных решений

Экспертные решения				Предлагаемая индивидуализация			
Из общего числа больных признано		Условия прохождения военной службы по данным ВВК		Надлежат быть признанными			
строевая служба в %	нестроевая служба в %	нестроевая служба в %	уволен в запас в %	годными к строевой службе в %	годными к нестроевой службе в тылу с использованием по специальности в %	годными к нестроевой службе в %	подлежащими увольнению в запас или снятию с военного учета в %
47,6	52,4	49,2	50,8	9,6	12,8	33,3	44,3 [1]

[1] В том числе 3,1% не подлежавших призыву в армию как оперированные менее года назад.

мы можем из числа изучаемой группы оперированных сохранить для армии: строевыми — 9,6%, годными к нестроевой службе в тылу с использованием по специальности (которые по своей ценности должны быть приравнены к строевикам) — 12,8%, годными к нестроевой службе — 33,3% и освободить армию от лиц, подлежавших снятию с военного учета или увольнению в запас, — 44,3%.

★

Генерал-майор медицинской службы проф. В. М. АРИСТОВСКИЙ

и полковник медицинской службы И. А. МОСКВИН

ОПЫТ ХИМИОТЕРАПИИ СРЕДНЕАЗИАТСКОГО РЕКУРРЕНСА

(Предварительное сообщение)

Известно, что Treponema Sogdianum (возбудитель среднеазиатского клещевого рекурренса) резко отличается от возбудителя вшивого рекурренса своей резистентностью к препаратам сальварсана, эффективность которых при вшивом рекурренсе твердо установлена на обширном клиническом материале. В литературе имеются указания об успешном применении некоторых химиотерапевтических препаратов и при клещевом рекурренсе, в большинстве случаев вызванном Treponema Duttoni. Из отдельных препаратов, оказавшихся эффективными, рекомендуют препараты золота (Solganal, Solganal B, Chrysobiose), а из мышьяковистых препаратов—Oswarsan.

Мы в своих опытах поставили задачу изучить терапевтический эффект сульфидина, исходя из имеющихся в литературе указаний на эффективность его при экспериментальном рекурренсе у мышей, вызванном Treponema Duttoni. На эту тему нам известны две работы японских авторов: Jshii N., Shimizu S. и Tsuda K. и Joshida. Обе работы сообщают о положительных результатах. Так как отношение различных видов спирохет клещевого рекурренса к химиотерапевтическим препаратам может быть различным, то нам казался заслуживающим внимания вопрос, распространяется ли терапевтическое действие сульфидина и на Treponе-

из Sogdianum. Мы начали свои наблюдения с ориентировочных опытов. В опыт взято было 6 морских свинок, зараженных каракалпакским штаммом. Две свинки (№ 63 и 76) служили контролем, а четырем остальным еще в течение инкубационного периода мы начали давать сульфидин per os один раз в сутки. Свинке № 64 сульфидин начали давать через 24 часа после заражения, остальным—с 4-го дня инкубации. Доза сульфидина у 3 свинок равнялась 0,5, у свинки № 78 — 0,3. Продолжительность лечения — от 4 до 8 дней. Результаты эксперимента представлены в табл. 1, из которой видно, что у свинок, лечившихся в инкубационном периоде дозами 0,5 pro die, в дальнейшем не было обнаружено спирохет, точнее, спирохеты в крови (толстая капля) у них не появлялись при последующем ежедневном исследовании крови на протяжении 3 недель.

№№ свинок	Штамм	Дни от начала заражения																												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
58	Кара-Калпакск	Δ	–	–	0,5	0,5	0,3	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
64		Δ	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
77		Δ	–	–	0,5	0,5	0,5	0,5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
78		Δ	–	–	0,3	0,3	0,3	0,5	–	–	–	2-3 0,5	8-10 0,5	– 0,5	– 0,5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
63	Контроль	Δ	–	–	–	–	–	–	1-2	0-2	3-4	5-11	7-12	5-10	1-2	0-1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
76		Δ	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0-2	11-12	–	–	8-10	7-8	7-8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Примечание Δ - день заражения; цифры прямые - дозы сульфидина, цифры наклонные - количество спирохет в поле зрения

Таблица 1. Опыты лечения сульфидином в период инкубации

Спирохеты не появлялись в крови как у свинок с продолжительностью лечения в 7—8 дней, так и у свинки с продолжительностью лечения в 4 дня. Наоборот, у свинки № 78, которая на протяжении 4 дней получала сульфидин в дозе 0,3 pro die, на 12-й день после заражения появились спирохеты (вместо 8—9-го дня у контролей). Эти ориентировочные опыты нас убедили, что дача сульфидина per os, несомненно, оказывает терапевтический эффект, причем доза препарата pro die должна быть не меньше 0,5.

Такая постановка экспериментов, конечно, далека от условий клинической практики, когда перед врачом-клиницистом стоит задача лечить больного с уже установленным диагнозом возвратного тифа и, следовательно, уже с наличием спирохет в крови. В соответствии с этим наши последующие эксперименты были поставлены на зараженных свинках, в крови которых уже циркулировали спирохеты. Для этих опытов мы располагали 12 свинками, из которых 8 были заражены каракалпакским, а 4—дурминским штаммом. Лечение сульфидином начиналось в различные дни с момента появления спирохет в крови. Дозировка во всех случаях равнялась 0,5 сульфидина на прием, за исключением одного случая, когда больная свинка получала на прием по 0,3 сульфидина на протяжении 3-го, 4-го, 5-го дня приступа. Продолжительность лечения дозами по 0,5 сульфидина колебалась от 2 до 4 дней. Результаты этих опытов представлены в табл. 2. Таблица показывает, что доза в 0,3 сульфидина, получаемая 3 дня подряд, приводит к временному исчезновению спирохет из крови; аналогичный эффект получается и при дозе 0,5, если она дается в течение 2—3 дней. Во всех же тех случаях, где сульфидин в дозе 0,5 давался на протяжении 4 дней (а таких случаев в наших опытах было 6), спирохеты, исчезнув из крови через 48, реже через 72 часа от начала лечения, в дальнейшем не появлялись. Исключением явился только

один случай, когда спирохеты, исчезнув под влиянием сульфидина на несколь дней, в дальнейшем снова появились в крови (свинка № 75).

Терапевтическое действие сульфидина начинает проявляться уже поср первого приема препарата. Это сказывается в том, что количество циркулиру ющих в крови спирохет заметно уменьшается через 24 часа, а через 48 часов большинстве случаев спирохеты полностью исчезают. Если в это время прекра тить дачу сульфидина, то спустя несколько дней спирохеты появляются вно и болезнь принимает обычное течение. Новая доза сульфидина приводит сно к быстрому исчезновению спирохет из крови, и если сульфидин дают в течени 4 дней, спирохеты в крови больше не появляются.

№ № свинок	Штаммы	Дни от начала заражения																												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
61	Карс-Каппадок	Δ	–	–	–	–		3-5	29-30	1-2 0,5	0,5	0,5	0,5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
69		Δ	–	–	–	5-7	0-1 0,5	1-2 0,5	10-15	15-20	10-12	2-3	5-8	10-12	7-8	10-12	8-9	5-6	7-8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
70		Δ	–	–	–	–	1-2 0,5	5-6 0,5	15-20	– +	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
61[4]		Δ	–	–	–	–	0-2	8-12	12-15	1-2 0,5	0,5	0,5	0,5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
33		Δ	–	–	–	–	–	–	–	0-1	–	0-2	2-3 0,5	3-4 0,5	0,5	0,5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
76 контр.		Δ	–	–	–	–	–	–	–	0-2	10-12	–	–	8-10	7-8	7-8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
72	Дурминск	Δ	–	–	0-1	5-6	5-6	2-3	–	–	1-2	15-20	15-20	4-5	20-30 0,5	10-15 0,5	0,5	0,5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
71		Δ	–	–	–	–	0-1	2-3 0,5	3-5 0,5	–	1-2	15-20	–	–	1-2	1-2 0,5	3-4 0,5	0,5	0,5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
75		Δ	–	–	–	–	2-3	1-2	1-2	–	0-1	–	–	2-3	3-4	20-30 0,5	10-15 0,5	0-2 0,5	0,5	–	–	–	–	–	–	5-6	10-12	–	–	–	–
73		Δ	–	0-1	5-6	17-18 0,3	10-12 0,3	0,3	–	–	–	–	–	0-1	2-3	10-15	10-12	2-3	3-4	5-1	0-2	5-6	–	–	–	–	–	–	–	–	–
68	Контроль	Δ	–	–	–	3-4	3-4	1-2	0-1	2-3	2-3	–	–	–	2-3	2-3 +	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
67		Δ	–	–	–	0-2	0-1	0-2	10-12	4-5	4-5	1	+		Δ — день заражения															

Таблица 2. Опыты лечения приступоз сульфидином

Хотя мы не считаем наши опыты законченными, тем не менее полученный материал уже теперь дает нам право сделать практическое предложение: испытать действие сульфидина при клещевом среднеазиатском рекурренсе на клиническом материале. Такое предложение нам кажется тем более оправданным, что сульфидин широко применяется в клинике при различных инфекциях, и его безвредность для больного не вызывает сомнений. Наши же эксперименты дают основание рассчитывать, что этот препарат будет эффективным при лечении больных. Эти расчеты косвенно подкрепляются и указанными выше данными японских авторов в отношении Гero em.i Du o i.

Отметим в заключение, что дозировка сульфидина, оказавшаяся достаточной в экспериментах этих авторов, почти в точности совпадает с той, которая указана в нашем сообщении.

★

Подполковник медицинской службы М. С. МАРШАК

ОПЫТ ЛЕЧЕБНОГО ПРИМЕНЕНИЯ СУХОГО ГЕМАТОГЕНА И ДРОЖЖЕЙ

Главвоенсанупром Красной Армии обращено большое внимание и даны указания на широкое использование в госпиталях белковых препаратов для обогащения ими пищевого рациона раненых и больных с выраженными симптомами общего нарушения питания и пониженной реактивности. Госпитали получают регулярно сухой гематоген и в ряде случаев используют пищевые дрожжи.

I. Нами были поставлены следующие задачи: 1) разработать способы обработки гематогена для приема его внутрь в больших дозах; 2) установить дозы и длительность применения; 3) изучить влияние гематогена на клиническое течение заболеваний

Наиболее целесообразен следующий способ использования гематогена.

Таблетки толкут в ступке или растирают ложкой до тонкого порошка; в посуду наливают 8—10-кратное по весу количество воды, порошок постепенно всыпают в холодную воду при постоянном помешивании веничком, ложкой, вилкой и т. п. Жидкость приобретает бурокрасный цвет; при настаивании в течение 5—10 минут взвесь принимает более равномерный характер. Из полученной жидкости готовят жидкий гематоген и некоторые блюда.

Жидкий гематоген готовят путем разведения 10 г порошка гематогена в 80 см³ воды и 20 см³ портвейна с добавлением 10 г сахара.

Термическая обработка гематогенной жидкости приводит к быстрому свертыванию белка и получению однородной массы типа жидкого омлета.

При указанном выше разведении блюдо имеет нежную консистенцию, уменьшение же количества жидкости приводит к образованию более плотной резиноподобной массы. Учитывая пониженную пищеварительную функцию у больных, мы остановились на разведении 1 : 10. Наилучшее свертывание получается при варке на небольшом огне. Очень высокая температура приводит к слишком быстрому и грубому свертыванию белка и выделению значительного количества жидкости на поверхности.

В результате проведенных испытаний в госпиталях готовились следующие блюда:

1. Гематогенная «крошка» (мешаная яичница). Норма на одну порцию: сухой гематоген — 10 г, вода — 100 см³, соль — 1 г, жир — 2 г, лук — 5—8 г, перец (при отсутствии противопоказания) — 0,1 г. Выход готового блюда — 50 г.

После растворения гематогена в воде жидкость наливают на сковородку, смазанную жиром, или противень и проваривают при постоянном помешивании до выпаривания выделившейся свободной жидкости; смешивают с поджаренным луком.

Больные охотно съедают гематогенную «крошку» в таком виде (одни предпочитают в горячем, другие в холодном состоянии), добавляют ее в суп, кашу, картофельное пюре. При наличии технических возможностей она может быть использована как фарш в блинчики, запеканки, картофельные рулеты, примешана к мясному фаршу в котлеты и т. п.

2. Омлет из гематогена. Норма на 1 порцию — та же. Выход готового блюда — 90 г.

После растворения гематогена в воде жидкость вливают в смазанный жиром противень и запекают в духовом шкафу. Лук поджаривают и посыпают им омлет при подаче больному или добавляют в жидкость и запекают вместе с омлетом; омлет можно посыпать свежим луком.

Больные охотно едят омлет. При употреблении в холодном виде омлет посыпают луком, в горячем — лук запекают вместе с омлетом.

3. Омлет с картофельным пюре. Норма на 1 порцию: сухой гематоген — 10 г, вода—100 см², картофель—50 г, лук—5 г, жир—3 г, соль—1,5 г. Выход готового блюда — 120 г

Из гематогена приготовляют по указанному выше способу жидкость, из картофеля — пюре; остывшее картофельное пюре добавляют в жидкость и равномерно тщательно размешивают, добавляют поджаренный лук и запекают в духовом шкафу. Подают в горячем виде.

Наблюдение было проведено над 112 больными и ранеными и 8 контрольными лицами из медицинского персонала, клинически здоровыми, но с несколько пониженным общим питанием. Все больные и раненые получали обычное питание и лечение. Под наблюдением находились больные и раненые с алиментарной дистрофией (36 человек), терапевтические больные с пониженным питанием (16 человек), общехирургические больные с пониженным питанием и анемией (38 человек), урологические больные (после больших операций) — 10 человек, больные гемералопией (10 человек).

Больные получали по 30 г гематогена в день в два приема: между завтраком и обедом они получали блюдо из 20 г сухого гематогена и за ужином из 10 г.

У всех больных и у контрольных лиц производилось общее клиническое наблюдение, контроль за динамикой веса, мочи, крови, у хирургических больных отмечалась также динамика течения местного процесса.

Все больные алиментарной дистрофией, за единичными исключениями, дали одинаковые клинические сдвиги, которые сводились к следующему: общее самочувствие значительно улучшалось, повышался общий тонус, прибывали силы, увеличивалась активность. У больных с медленно протекавшим выздоровлением отмечались также четкие сдвиги. Все больные, за единичным исключением, прибыли в весе на 1—4 кг. Сухая, шелушащаяся кожа становилась гладкой, сухость ее уменьшалась или полностью исчезала, кожа становилась эластичной, отеки исчезали, полиурия во всех случаях уменьшалась, в большинстве случаев диурез приходил к норме. Со стороны мочи патологических изменений не наблюдалось; уробилин в моче ни разу не появлялся.

В одном случае, осложненном хронической малярией и нефропатией, после назначения гематогена было отмечено повышение белка (повышение белка с 0,18 до 0,3% после 10 дней приема гематогена). Нарушений со стороны функций кишечника не наблюдалось. В случаях, где имелся жидкий стул, можно было констатировать его нормализацию после назначения гематогена.

Со стороны крови в ряде случаев, сопровождавшихся повышением РОЭ, можно было отметить приход РОЭ к норме; содержание гемоглобина в крови составлявшее, как правило, 50—60%, очень часто повышалось на 10—15%. В случаях с более высоким содержанием гемоглобина последний оставался стабильным.

У ряда больных можно было отметить повышение содержания эозинофилов в крови от 0 до 4—5%, что свидетельствует о повышении реактивных сил организма. У ряда больных разрыхленный сухой язык становился чистым, влажным.

У больных отмечалось чувство сытости, прекращение жалоб на голод.

У всех хирургических больных с вялым заживлением отмечено улучшение общего состояния и самочувствия при назначении гематогена в жидком виде и в виде блюд в количестве 30 г в день в течение 30 дней.

Больные, как правило, прибывали в весе. Отмечалось некоторое увеличение гемоглобина в крови, которое оставалось стабильным.

В ряде случаев можно было отметить локальные сдвиги в виде хорошего заживления ран, улучшения грануляций и эпителизации. Патологических сдвигов в моче ни в одном случае не отмечено.

У всех урологических больных можно было отметить также улучшение общего состояния, чувство сытости, отсутствие изменений со стороны мочи, которые можно было бы связать с назначением гематогена. У некоторых больных отмечается улучшение репаративных процессов (после операции по поводу паранефрита — вялое заживление раны, улучшение грануляций после назначения гематогена).

В контрольных случаях у 8 человек медицинского персонала с пониженным питанием, жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, получавших дополнительно по 30 г гематогена в день в виде блюд, общий пищевой режим не изменялся. Гематоген выдавался в течение 14—30 дней. Все контрольные лица отмечали улучшение самочувствия, повышение общего тонуса и работоспособности. Прибавки в весе и увеличения гемоглобина в крови не отмечено. У отдельных

лиц, у которых имелась лейкопения, отмечено повышение содержания лейкоцитов до нормы.

В целях использования для лечения гемералопии заменителей рыбьего жира мной был предложен **сухой гематоген**.

Сухой гематоген представляет собой концентрат крови, в 6—8 раз превышающий по своей концентрации жидкую кровь, 100 г которой, по литературным данным, содержат 1 мг витамина А.

При забое скота в период большого потребления зеленого корма содержание витамина А в крови, можно полагать, еще более высоко.

Исходя из суточной лечебной дозы витамина А в 3—5 мг, мы установили лечебную дозу сухого гематогена в 50 г в день.

Испытание сухого гематогена при гемералопии было поставлено в санчасти, где имелись больные куриной слепотой.

Проведено 10 случаев.

Все больные получали гематоген в виде паштета (гематогенной «крошки»), который давался два раза в день с употреблением на каждую порцию 25 г сухого гематогена. В тех случаях, когда больные получали к обеду зеленые щи, суточная доза сухого гематогена снижалась до 25 г.

Как правило, все явления гемералопии прекращались после 4-дневного применения гематогена.

Таким образом, сухой гематоген может быть рекомендован для лечения гемералопии. Суточная доза — 50 г, в два приема по 25 г. При включении в меню зеленых щей из 125—150 г зелени доза гематогена может быть уменьшена до 25 г. Курс лечения продолжается 4—5 дней, т. е. всего дается 150—200 г гематогена. В тяжелых случаях срок лечения удлиняется до 7 дней. Гематоген мы давали в виде блюд, но можно назначать его и в жидком виде.

II. С целью изучения вопроса о практическом применении пищевых пекарских **дрожжей** как добавочного фактора питания при лечении больных с пониженным питанием в феврале—марте 1943 г. нами были поставлены соответствующие наблюдения.

Состав пищевых дрожжей показан в табл. 1.

Таблица 1

	Сухие дрожжи	Прессованные дрожжи
	(В процентах)	
Белки	50	15
Жиры	3	1
Углеводы	24	6
Минеральные соли	8	2

Содержание витамина B_1 в 100 г прессованных дрожжей равно 1—2 мг, витаминов комплекса B_2 — 1 мг.

В связи с проводившейся при отпуске дрожжей тепловой обработкой содержание в них витаминов подвергалось, очевидно, изменениям. Содержание витаминов в обработанных дрожжах не определялось.

Прессованные дрожжи отпускались больным в виде дрожжевого сиропа или дрожжевой крупы примерно в одинаковых порциях по 3—4 раза в течение дня. В течение нескольких дней назначалось сначала не свыше 80—100 г на день для проверки на переносимость, а затем доза повышалась до 150 и 200 г. Прием дрожжей назначался на срок в 15—20 дней, а если имелись показания, то и на более длительный срок.

Технологический процесс обработки дрожжей приведен ниже.

1. Приготовление дрожжевого сиропа

Прессованные дрожжи измельчают и заливают тройным количеством теплой воды. Воду добавляют понемногу при тщательном размешивании до получения однородной жидкости без комков.

Посуду ставят на небольшой огонь и жидкость постепенно доводят до кипения. После этого кипение поддерживают до тех пор, пока жидкость не сгустится до густоты сиропа светлокоричневого цвета. При таком уваривании дрожжи теряют свой специфический вкус и запах. Количество полученного сиропа взвешивают, оно должно равняться весу затраченных дрожжей.

Сироп добавляют в овощные супы (лучше всего в щи, борщи, так как крупяные супы приобретают темный цвет), в мучные подливы ко вторым блюдам (овощным, мясным, кашам) как соус.

Блюда с добавлением дрожжевого сиропа приобретают приятный вкус, несколько напоминающий грибной.

2. Приготовление дрожжевой крупы («крошки»)

Прессованные дрожжи измельчают, растирают с небольшим количеством теплой воды до однородной консистенции густой сметаны. Массу выливают на слегка смазанный жиром противень или сковородку и выпаривают при постоянном помешивании до получения крупных темнокоричневых комков, не слипающихся в общую массу. После этого на сковородку кладут добавочно жир и поджаривают при постоянном растирании комков, не допуская подгорания, до превращения всей массы в сухую крупу. На 100 г дрожжей расходуется 5 г жира.

Дрожжи могут быть положены на сковородку после измельчения без добавления воды. Средний выход дрожжевой крупы из 1 кг дрожжей—300 г.

Дрожжевую крупу добавляют в каши, пудинги без дополнительной обработки; при добавлении в соус крупу предварительно растворяют в небольшом количестве горячей воды. Из крупы можно приготовить бульон (50 г крупы, 30 г муки, 1 л воды, лавровый лист); количество добавляемой в блюда дрожжевой крупы исчисляют по затраченным прессованным дрожжам для ее приготовления.

3. Приготовление паштета

Прессованные дрожжи растирают с солью (2 г соли на 100 г дрожжей) до получения сметаноподобной массы. Добавляется мука. Полученную массу прожаривают при энергичном помешивании с рубленым луком на масле до получения густого паштета (прессованных дрожжей — 500 г, муки — 35 г, лука — 100 г, жира — 60 г, соли — 10 г).

В паштет могут быть добавлены для уменьшения его вязкости толченые сухари (ржаные или пшеничные) — по 20 г на 100 г прессованных дрожжей.

Паштет может быть приготовлен из дрожжевой крупы, которая растирается в небольшом количестве воды с добавлением сухарей, лука (крупы — 50 г, сухарей толченых — 25 г, воды — 30—50 г, лука — 5 г, соли — 0,5—1 г).

Сироп добавляется ко второму блюду в виде соуса, а крупа (крошка) — к каше. Больные охотно съедали крупу и в виде отдельного блюда.

Все больные получали питание на основе госпитального пайка, в отдельных случаях в виде лечебных столов, большей частью в виде рационального стола, в единичных случаях с добавлением жира. Продуктовое снабжение госпиталей протекало бесперебойно, и, таким образом, все больные получали в день основной пищевой рацион, содержавший около 80 г белка (в том числе 25—30 г животного белка), 70 г жира, 500 г углеводов. При добавлении к этому рациону 100 г дрожжей белковый рацион повышался до 95 г, а при добавлении 150 или 200 г дрожжей — до 108—110 г. Кроме питания, больные получали соответствующую медикаментозную и прочую терапию.

Под наблюдением находилось 36 больных с алиментарной дистрофией и 15 больных кожного отделения, страдавших пиодермией и трофическими язвами при наличии пониженного питания.

Наблюдение велось на основе тщательного клинического изучения каждого больного, динамического лабораторного контроля за мочой, кровью, весом.

у 9 больных алиментарной дистрофией изучалась динамика сахарного обмена по артерио-венозной разности содержания сахара в крови натощак.

Во всех случаях алиментарной дистрофии течение процесса шло одинаково.

Добавление дрожжей в питание больных алиментарной дистрофией до 47 дней не давало никаких отрицательных явлений со стороны почек. В моче во всех случаях не было обнаружено отклонений от нормы. Общее самочувствие больных при приеме дрожжей улучшалось. Дрожжи давали ощущение сытости. Включение в пищу дрожжей способствовало нарастанию веса больных. Из 19 больных 16 прибавили в весе от 1 до 6,4 кг.

При резком истощении нарастание веса шло ускоренно.

Нормализация патологических симптомов со стороны кожи, РОЭ, диуреза, гидрофильности тканей, стула протекала вполне удовлетворительно. Со стороны кишечника в некоторых случаях отмечалась нормализация стула.

Исследование захвата тканями сахара, произведенное на основе изучения артерио-венозной разности содержания сахара в крови, показало, что улучшение состояния больных сопровождалось лучшим захватом тканями сахара, т. е. нормализацией сахарного обмена. В тех случаях, когда у больных имелись сопутствующие заболевания, сопровождавшиеся поражением печени, сахарный обмен в отношении захвата тканями сахара к норме не приходил, хотя больные даже выписывались из госпиталя.

Можно высказать предположение, что больным с нарушенной функцией печени добавочное питание дрожжами назначать не следует.

Группа больных кожного отделения состояла из 15 человек с пиодермией и 5 человек с трофическими язвами голени; один больной с трофической язвой голени наблюдался в терапевтическом отделении госпиталя.

Все эти больные переносили свое заболевание на фоне пониженного питания и алиментарной дистрофии. Во всех случаях после прибавления в рацион дрожжей отмечено общее улучшение самочувствия больных, улучшение питания и ускорение заживления трофических язв.

★

Подполковник медицинской службы Н. Г. ГОЛЬДБЕРГ

ОРГАНИЗАЦИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ВОЕННО-САНИТАРНЫХ ПОЕЗДАХ

В целях применения ранней физиотерапии еще в 1942 г. мы разработали схему организации этого вида медицинской помощи в военно-санитарных поездах дальнего следования. Мы разработали схему без существенных конструктивных изменений в системе устройства санитарного поезда с использованием его электрохозяйства и обычной переносной физиотерапевтической аппаратуры.

Санитарный поезд имеет 18 вагонов, из которых 2 вагона оборудованы как вагоны-станции.

Оборудование вагона-станции состоит из осевой динамомашины, приводимой во вращение вагонной осью, подвагонных ящиков с аккумуляторами, распределительного щита, поездной электрической магистрали с коншевыми коробками и междувагонными соединениями, внутривагонной осветительной проводки с осветительными арматурами и групповым щитком. Зарядка аккумуляторной батареи производится осевой динамомашиной.

Аккумуляторная батарея состоит из 26 элементов по 2 V с общим напряжением 52 V; она помещается под вагоном в двух специальных железных или деревянных ящиках, подвешенных к раме вагона.

Аккумуляторная батарея заряжается и разряжается с быстротой в зависимости от категории поезда, скорости его хода и профиля пути; регулировка зарядки аккумуляторов происходит автоматически.

При использовании аккумуляторных батарей для питания током физиотерапевтической аппаратуры необходимо оба аккумулятора батареи соединить последовательно, получая источник тока напряжением в 104V. При добавлении трех элементов получается источник постоянного тока напряжением в 110 V, допускающий применение стандартной переносной аппаратуры.

Для лечебных целей рационально использовать вагон-станцию в утреннее время, когда электроосвещение не требуется, чтобы можно было позже провести зарядку аккумуляторов для освещения в ночное время. Необходимо установить щиток-рубильник для перевода тока, в случае необходимости, на освещение.

В один комплект физиотерапевтической аппаратуры военно-санитарного поезда должно входить:

	Мощность в W
1. Лампа кварцевая портативная универсальная в чемодане завода ЭМА (ЛКП-2-У)	400
2. Лампа соллюкс переносная в чемодане с горелкой на 300 W завода ЭМА (ЛСП)	300
3. Лампа Минина с двумя горелками по 60 W—2 шт. . . .	120
4. Ванна местная световая на 6 лампочек по 25 W	150
5. Плитка электрическая для нагревания парафина	600
6. Аппарат для нагревания парафина[1]	—
7. Ножная и ручная ванна для отпуска водяных процедур	—

Суммируя мощности физиотерапевтической аппаратуры, получаем расход для целей лечения при одновременной работе всей аппаратуры 1 870 W, округло — 2kW.

Мощность установки вагона-станции в военно-санитарном поезде составляет 8 kW при расходе 360 W на каждый вагон для целей освещения.

Внутренняя проводка выполняется в вагонах проводом марки ПРДТ — провод с резиновой изоляцией (двойной в трубке), иначе называемый проводом Куло, с латунной или железной оцинкованной оболочкой.

Сечение внутривагонных магистралей берется 1,5 мм².

Расчет сечения проводов электроосвещения в военно-санитарном поезде вполне пригоден для физиотерапевтической аппаратуры, и переделки проводов не требуется. Проводка имеется в каждом вагоне. В каждом купе имеется штепсельная розетка для включения аппаратуры; в некупированных вагонах необходимо с каждой стороны вагона между койками-носилками смонтировать по 5 штепселей между койками.

Для проведения процедур в перевязочной необходимо иметь не менее двух штепсельных розеток, при надобности монтируется третья розетка.

Отпуск процедур необходимо проводить в основном у постели больного, используя переносную аппаратуру стандартного типа.

Светолечение проводится в виде кварцевых облучений, процедур соллюкса и так называемого синего света (лампы Минина). Термотерапевтические процедуры (местные световые ванны), парафинотерапия проводятся у постели больных.

При отпуске процедур всех видов у постели больных необходимо учесть трехъярусный тип расположения коек-носилок в некупированных вагонах.

Нужны устойчивые табуреты высотой до 2-го и 3-го яруса для установки аппаратуры и устойчивые складные лестницы для обслуживающего персонала. Табуреты могут быть заменены оборудованием специальных легко снимающихся полочек, прикрепляемых к раме носилок.

Больных на носилках можно подносить к одному из штепселей и ставить носилки на пол.

В перевязочной могут отпускаться процедуры кварца, соллюкса и парафинотерапия. Особенно рекомендуется кварцтерапия после хирургических мероприятий.

Все отпускаемые процедуры должны регистрироваться в истории болезни с указанием даты отпуска и дозировки, так как преемственность этапного лечения должна целиком относиться и к физическим методам лечения.

---

[1] См. «Военно-санитарное дело», № 3, 1942.

Рекомендуется применение местных песочных ванн и водяных ручных и ножных ванн. В водолечебном разделе рационально приключать к трубопроводной системе шланг с наконечником типа Шарко [1].

При организационной помощи подполковника медицинской службы В. И. Косогорова мной была проведена работа по внедрению физических методов лечения в некоторых военно-санитарных поездах (№ 51-27 РЭП, № 59-110 РЭП, № 312-95 РЭП и др.).

Были проведены занятия с медицинским составом поездов по технике и методике отпуска физиотерапевтических процедур, показаниям и противопоказаниям к применению физических методов лечения в условиях военно-санитарного поезда, а с техническим персоналом проводились совещания по использованию электрохозяйства поезда для целей физиотерапии.

В одном военно-санитарном поезде (№ 51) за 9 рейсов продолжительностью от 4 до 10 дней под руководством врачей капитана медицинской службы В. Ф. Козловой и старшего лейтенанта медицинской службы Г. А. Киркиной было отпущено 1 204 процедуры (661 процедура соллюкса, 302 процедуры кварцевых облучений, 237 процедур парафинотерапии и 4 местные световые ванны) больным с ранениями мягких тканей, после ампутаций, с остеомиэлитами, заболеваниями суставов, незаживающими язвами, невритами и заболеваниями придаточных полостей носа.

Результаты лечения были весьма благоприятные.

При стоянках поезда на ремонте следует использовать это время для прикрепления медицинского персонала к лечебным заведениям, имеющим физиотерапевтическую аппаратуру.

---

[1] Гольдберг Н. Г., Физиотерапевтические кабинеты госпиталей Красной Армии и их аппаратура (стр. 16).

Полковник медицинской службы Н. А. ПОЛЯКОВ

РАСПРЕДЕЛИТЕЛЬНЫЕ ПОСТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ КРАСНОЙ АРМИИ

Главной задачей наступательной операции является подавление обороны врага на всей глубине с последующим ее прорывом и переходом к преследованию отступающего противника, его окружению и уничтожению.

В ходе наступательной операции медицинская служба войскового тыла организует медицинское обеспечение в условиях почти непрерывно меняющейся тактической обстановки.

Поток раненых и больных, идущий от фронта к тылу, необходимо обязательно регулировать. Особенно важно отрегулировать его на этапе полкового медицинского пункта до дивизионного медицинского пункта и хирургического госпиталя первой линии (ПМП—ДМП—ХППГ первой линии), затем на этапе ДМП — госпитальная база армии (ГБА) и внутри госпитальной базы армии.

Начальник ГВСУ генерал-полковник медицинской службы Е. И. Смирнов в своем выступлении на фронтовой конференции хирургов Северокавказского фронта отметил целесообразность организации существовавших на фронте распределительных постов (РП).

Генерал-полковник Смирнов так охарактеризовал задачи этих РП:

«В системе управления эвакуацией по назначению из МСБ и ХППГ первой линии в армейские госпитали второй линии РП являются обязательным элементом, особенно в наступательных операциях. Они (РП) обеспечивают проведение эвакуации по назначению и тогда, когда МСБ и ХППГ первой линии не знают и не могут знать конкретной дислокации специализированных госпиталей второй линии, и тогда, когда эвакуация осуществляется преимущественно обратным порожняком вследствие недостатка санитарно-эвакуационного транспорта. РП армейского значения должны обязательно обеспечиваться одной-двумя палатками для кратковременного пребывания раненых и санитарно-эвакуационным транспортом. Количество машин будет определяться в каждом конкретном случае обстановкой, а главным образом расстоянием госпиталей от РП и их разбросанностью. Начальником РП должен быть обязательно врач, способный завершить эвакуацию раненых и больных по назначению. Документация на РП должна быть несложной».

В соответствии с этими указаниями в одной из армий 1-го Прибалтийского фронта, проводившей крупную наступательную операцию, нами были созданы РП трех типов.

РП первого типа был предназначен для регулирования потока раненых и больных, направлявшихся из ПМП на ДМП и ХППГ первой линии. Этот РП выделялся за счет МСБ и имел два варианта.

При коллекторном расположении МСБ выделялся по указанию корпусного врача один РП для нескольких дивизий.

Второй вариант РП осуществлялся, когда дивизии располагались в большом отдалении друг от друга.

Такие РП, предназначенные для регулирования потока раненых и больных в войсковом тылу, мы назвали распределительными постами медсанбата — РП МСБ.

Их задачи: регулирование и распределение потока раненых и больных, эвакуируемых из ПМП в ДМП и ХППГ первой линии, проверка правильности заполнения карточек передового района и фиксация дефектов работы ПМП.

Наличие РП позволило нам в ходе операции при коллекторном расположении ДМП правильно их загружать и использовать узких специалистов различных ДМП. Зная, например, что в одном из ДМП имеется хирург, много работавший по оперированию грудных клеток, мы давали туда основную массу раненных в грудную клетку.

Располагался РП обычно впереди ДМП, в месте, где сходились подъездные пути из ПМП. Начальник РП встречал все подводы и машины с ранеными, а также шедших пешком раненых, просматривал карточки передового района и указывал дальнейшее направление, делая отметку в карточке и регистрационном журнале. Зная загрузку ДМП и ХППГ первой линии, начальник РП не допускал их перегрузки, изменяя направление потока. РП МСБ принесли большую пользу в ходе операции и вполне оправдали свое назначение.

Распределительным постом второго типа был РП при начальнике эвакуационного направления. Поскольку начальником основного эвакуационного направления обычно назначался начальник УГПЭП на грунте, то и РП этого типа мы назвали РП УГПЭП. Этот РП имел уже армейское значение. Через него шел поток раненых и больных, направлявшихся из ДМП и ХППГ первой линии на госпитальную базу армии.

Организация этого типа РП была вызвана следующими причинами: раненые и больные из войскового тыла эвакуировались в основном на автомобильном транспорте своих соединений. Транспорт этот следовал обычно только до передовых отделений головных складов, расположенных на грунте. Дальше уже курсировал армейский транспорт. Ввиду недостатка санитарных эвакуационных транспортных средств мы стремились полностью использовать обратный транспорт как войскового, так и армейского тылов. С этой целью мы в районе расположения складов дислоцировали УГПЭП с эвакоприемником и несколько госпиталей (первый эшелон ГБА) и здесь же развернули РП, поставив ему задачей регулирование потока раненых и больных, направляющихся из ДМП и ХППГ первой линии на ГБА. Этот РП провел большую работу за время операции. Здесь происходила пересадка раненых и больных с транспорта войскового тыла на транспорт армейский, снимались нетранспортабельные, проверялись санитарные машины, организовывалась отправка на автопорожняке легко раненых, проверялась документация, велся учет дефектов работы предыдущих этапов эвакуации.

Поток раненых и больных распределялся согласно схеме—рис. 1.

Для обеспечения большой работы, которая ложилась на этот РП, мы выделили ему специальный штат, транспорт и оборудование. РП УГПЭП имел начальника — врача с хорошими организаторскими способностями, двух сестер и десять санитаров; палаточный фонд состоял из одной палатки УСБ и двух палаток УСТ, двадцати пар носилок, кипятильника, походной кухни, двух санитарных сумок (одна врачебная, другая фельдшерская); эвакотранспорт составляли три санитарных машины и две подводы. Располагался этот РП по двум сторонам дороги. За 100 м от него выставлялся щит с надписью: «Внимание! Через 100 метров РП». Надписи делались яркими красками для того, чтобы обратать внимание шоферов. Через 100 м у обочины дороги ставился большой щит с надписью: «Распределительный пост хозяйства Полякова». Рядом ставился флагшток, на котором укреплялся белый флаг с красным крестом. Ночью у флагштока ставился фонарь с красным крестом. Дорога перегораживалась шлагбаумом; у шлагбаума ставился регулировщик. Регулировщика мы обычно получали от дорожного отдела армии; он имел соответствующие документы и знаки, подтверждавшие его служебное положение. Регулировщик останавливал машины и при наличии в них раненых вызывал врача или сестру, которые проверяли документы раненых и путевку у шофера и давали указания о дальнейшем движении машины. Все проходящие машины с ранеными регистрировались в журнале, который велся по следующей форме: 1) № МСБ или ХППГ первой линии, 2) № машины, 3) № госпиталя и число свободных коек в нем.

Журнал велся нарастающим итогом, благодаря чему начальник РП всегда мог видеть, сколько человек он направил в тот или иной госпиталь и своевременно доложить начальнику УГПЭП по телефону о количестве направленных в госпитали раненых и получить от него указания о порядке дальнейшей работы.

Весь поток раненых и больных, направлявшийся из войскового тыла в армейский, регулировался РП.

Медицинские начальники войскового тыла могли вести эвакуацию по значению, не зная места дислокации специализированных госпиталей, указы в карточках передового района только диагноз и сроки лечения.

Местонахождение РП ежедневно сообщалось медицинским начальникам начальником эвакопаправления.

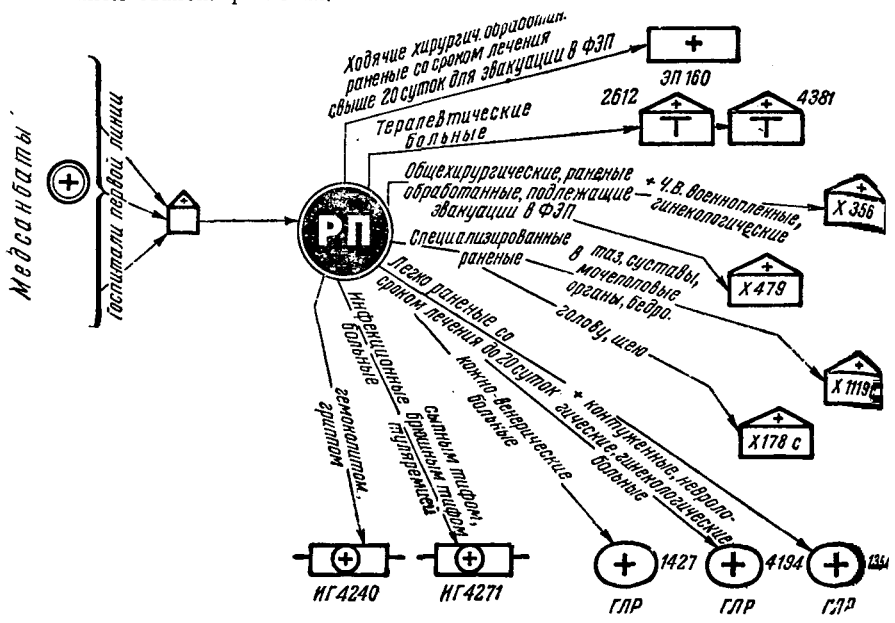


Рис. 1

Третьим типом был РП, организованный полевым эвакопунктом (ПЭП) в районе госпитальной базы армии. Этот РП мы назвали РП ПЭП. Задачей

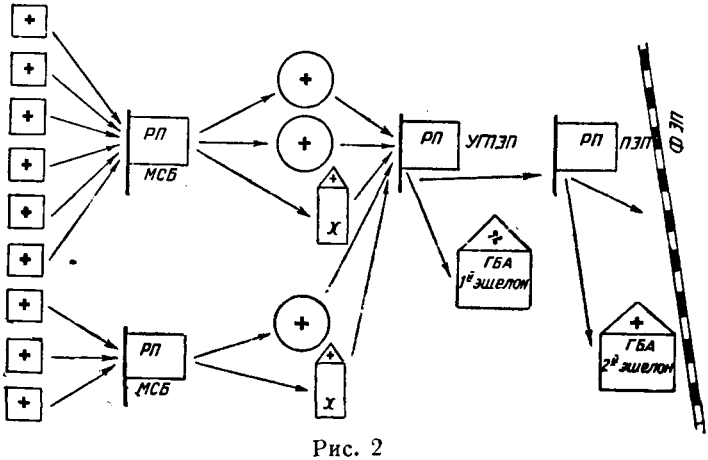


Рис. 2

его было регулирование потоков раненых и больных, шедших с различных эвакуационных направлений нашей армии и соседних армий.

Через РП ПЭП проходили все потоки раненых и больных, подлежащих лечению в армейском тылу и отправке для лечения за пределами армии.

Организационно этот РП был построен так же, как и РП второго типа. Вследствие большого количества раненых и больных, проходивших через этот РП, сюда был добавлен врач-сортировщик и удвоено количество санитаров. Общая схема эвакуации из войскового тыла в армейский и фронтовой тыл при наличии трех типов РП дана на рис. 2.

Такая организация санитарной эвакуации в армии, проводившей крупную наступательную операцию, полностью оправдала себя. Начсанарм мог свободнее маневрировать лечебными учреждениями в ходе операции. РП освободили его от необходимости сообщать нижестоящим медицинским начальникам об изменении дислокации лечебных учреждений. Медицинские начальники войсковых соединений, эвакуируя по назначению, имели дело только с РП, хотя не исключалась возможность непосредственного направления в специализированные госпитали из ДМП. Наличие РП обеспечило полную диференциацию потока раненых и больных.

Выводы

1. Организация РП во время наступательной операции обеспечила правильное распределение потоков раненых и больных и завершение эвакуации по назначению.

2. РП должны быть включены в штаты учреждений медицинской службы. Их организация и задачи должны быть определены наставлением по медицинской службе Красной Армии.

★

Полковник медицинской службы В. П. ТАРИЦЫН

ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕСТНЫХ СРЕДСТВ

В связи с удлинением коммуникаций подача грузов медицинского имущества фронтам связана с большими трудностями, чем год или два года назад. Сейчас увеличился срок для продвижения грузов и нередки перегрузки эшелонов с одной колеи на другую.

Поэтому нужно особое внимание обратить на изыскание и использование местных ресурсов. Это значительно освободит транспорт от перевозок всего того, что может быть заготовлено и изготовлено на месте во фронтовом и армейском районах.

1. В частности, снабжение фронтов гипсом требует большого количества подвижного состава для переброски его с заводов за тысячи километров от линии фронта.

Между тем нередко на месте имеются карьеры гипсового камня, и, несмотря на разрушенные заводы, можно организовать производство гипса. Начальники медицинского снабжения некоторых фронтов проявляют в этом отношении ценную инициативу. Так, например, при складах и госпиталях 1-го Белорусского фронта организовано производство гипса на месте. В общей сложности там изготовлено несколько сот тонн высококачественного медицинского гипса.

Простота способа изготовления позволяет организовать его в полевых условиях.

Сообщаем один из способов изготовления гипса из гипсового камня по опыту работы на 1-м Белорусском фронте и в 1-й Польской армии.

Разбитый на куски гипсовый камень (по 50—70 г) накладывают на железные противни с крышками, по 30 кг на каждый противень. Камень прокаливают на медленном огне (120°) при частом помешивании в течение 3 часов. Прокаленный таким образом гипс накладывают в железный вращающийся барабан с железными шарами (10 штук по 2 кг); примерно через час он превращается в порошок. Гипсовый порошок просеивают сквозь мелкое сито.

Старший инженер Главгипса НКПСМ РСФСР т. Силин рекомендовал следующие способы изготовления гипса в полевых условиях.

Первый вариант (вареный гипс). Гипсовый камень молотком или кувалдой измельчают в порошок. Для варки гипса могут быть использованы котлы, старые железные бочки и т. п. Котлы заполняют на 50—70% объема гипсовым порошком. Для ускорения процесса варки нужно, чтобы пламя охватывало наибольшую поверхность котла. Во время варки гипс нужно непрерывно помешивать. При достижении 125—130° наблюдается бурное кипение гипса, что соответствует моменту отщепления и удаления химически связанной (молекулярной) воды. Через 10—15 минут по окончании кипения, когда температура материала достигнет 150—160°, варку прекращают. Остывший гипсовый порошок может быть просеян сквозь мелкое сито.

Второй вариант (обожженный гипс). Выкладывают русскую печь размером 1,5—2×1,2—1,5 м, 0,5—0,6 м высотой. Печь протапливают в течение 3—4 часов, затем очищают от угля и золы и загружают гипсовой щебенкой размером в 30—40 мм в поперечнике в количестве 0,5—0,6 т.

Дымовую трубу закрывают шибером, а устье печи — заслоном с промазкой всех щелей глиной. В течение первых 3 часов через каждые полчаса трубу приоткрывают на несколько минут для удаления пара, образующегося при обжигании гипса.

Через 12—15 часов печь раскрывают и разгружают. Обожженный гипсовый камень легко рассыпают и измельчают кувалдой или в барабане.

Для размола гипса можно также использовать мельничные жернова. Для удаления крупных частиц обожженный и размолотый гипс следует пропустить сквозь сито.

2. На 1-м Белорусском фронте широко практикуется производство бинтов из ветоши. На бинты перерабатывают десятки тысяч килограммов ветоши, получаемой по нарядам вещевого отдела фронта. Используется ветошь нательного и постельного белья. Работа организуется в армейских и фронтовых прачечных.

Из ветоши выбирают годные куски без швов и заплат и подвергают стирке обычным способом с бучением. После стирки куски ветоши просушивают, проглаживают и сшивают на швейной машине одинарным швом внахлестку. Сшитую ветошь сматывают на мотальном станке в рулоны, которые затем разрезают на бинты нужной ширины.

Бинты из ветоши гигроскопичны, достаточно прочны и выдерживают многократную стирку.

★

Генерал-майор медицинской службы проф. Ф. Г. КРОТКОВ

ГИГИЕНА ПИТАНИЯ ВОЙСК ПО ОПЫТУ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Великие русские полководцы Суворов и Кутузов неустанно подчеркивали важное значение повседневной заботы о питании войск. Суворов лично наблюдал, чтобы пища приготовлялась своевременно и выдавалась обязательно в горячем виде; сам пробовал из солдатского котла пищу и проверял кашеваров.

В своей знаменитой «Науке побеждать» он нашел место для образных и выразительных характеристик, посвященных заботам командира о правильном питании солдат. С Суворова и Кутузова брали пример лучшие представители русского офицерства.

Суворовские заветы были забыты в позднейшее время и особенно в царствование Николая I, когда заболеваемость в войсках, прямо или косвенно связанная с дефектами питания, достигала исключительно больших размеров, о чем свидетельствуют нижеприводимые исторические справки.

С 1.XI.1825 г. по 1.XI.1826 г. через военные госпитали и полковые лазареты прошло 442 035 больных. За 1828 г. в армии было зарегистрировано 449 198 больных. Два года спустя заболеваемость в войсках достигла колоссальных размеров — 759 810 человек.

Значительное число больных страдало тяжелыми формами цынги. Так, в 1825 г. в Херсонском военном госпитале из 589 больных 229, или 40%, было цынготных. В 1830 г. в частях Кавказского корпуса было зарегистрировано 5 086 больных цынгой, в госпиталях того же корпуса состояло 7 892 цынготных. Во всей армии за этот год было зарегистрировано 36 847 случаев цынги со смертностью, равной 10%.

Заболеваемость цынгой и куриной слепотой особенно усиливалась во время постов вследствие скудного отпуска жира, отсутствия свежих овощей и недоброкачественности квашеной капусты.

Почти 100 лет назад русской военной историей зарегистрирован венгерский поход. О заболеваемости в русских войсках можно судить по нижеприводимой справке: «Из всеподданнейшего» донесения главнокомандующего от 2.IX.1849 г. видно, что в армии заболело 59 188 человек, из них только холерой 17 096 со смертностью в 5 921 человек. По мнению главнокомандующего, «такой результат можно назвать вполне благополучным и его следует приписать, главным образом хорошей пище и исправному получению частями войск достаточного количества мяса и винных порций».

На этом докладе «императору угодно было собственноручно начертать»: «Слава богу. Такого результата я и сам не ожидал, вот новое утешительное доказательство того, что делает хорошая пища».

Во время Турецкой войны 1877 г. цынга, наряду с тифами (брюшным, сыпным и возвратным), а также дизентерией, была подлинным бедствием для войск. Так, в частях Дунайской армии заболело цынгой 10,86 на 1 000 человек среднего списочного состава. В Кавказской армии заболеваемость была еще выше: 27,4 на 1 000 человек личного состава. Надо заметить при этом, что в то время регистрировались только резко выраженные формы цынги, требовавшие длительного госпитального лечения. Об этом, в частности, говорит и высокая смертность от цынги: 56,58‰ в Дунайской и 97,8‰ в Кавказской армии.

В Русско-японскую войну заболеваемость цынгой значительно снизилась. Так, по официальному отчету, опубликованному Главным военно-санитарным управлением, за время войны было зарегистрировано 4 188 случаев цынги, что равняется 5,7 на 1 000 человек среднего наличного состава. Наряду с этим в работе Гюббенета, посвященной санитарным последствиям осады Порт-Артура,

приводится цифра в 17 000 больных цынгой. Автор прямо говорит, что половины гарнизона осажденного Порт-Артура болело цынгой.

Во время первой мировой войны в русской армии заболело цынгой 362 человек, из коих умерло 0,2%. В 1916—1917 гг. для профилактики и лечения цынги в войсках рекомендовались такие бесполезные средства, как лимонная кислота и клюквенный экстракт, совершенно свободные от витамина С. И это происходило в то время, когда англичане успешно применяли для борьбы с цынгой в Месопотамии проросшие зерна злаков и бобовых. Больше того, в русской армии еще при Александре I (в 1822 г.) рекомендовалось выдавать войскам кислую капусту, которая уже в то время рассматривалась как наиболее эффективное противоцынготное средство. А в приказе по гвардейскому корпусу № 125 от 1833 г. предписывалось в постные дни возможно чаще готовить щи из кислой капусты с квасом и отпускать на каждого солдата по 8 золотников репчатого лука. При первых признаках цынги командиры частей обязывались готовить для нижних чинов противоцынготную окрошку с квасом из 12 частей капусты, 1 части лука, 2 частей чеснока и 1 части тертого хрена с добавлением необходимого количества перца. К приготовленной таким образом окрошке рекомендовалось добавлять небольшое количество толченых сухарей. В инструкции медицинского департамента по борьбе с цынгой врачам предписывалось обратить особое внимание на пищу солдат. В случае появления цынги воспрещалось употребление соленого мяса и рекомендовалось есть кислую капусту и пить хорошо приготовленный квас.

После Русско-японской войны 4.XI.1905 г. военным министром была создана комиссия под председательством акад. А. Я. Данилевского для разработки новых пищевых раскладок. В состав этой комиссии вошли виднейшие ученые страны (профессора Шидловский, Хлопин, Яновский, Ильин, приват-доцент Смоленский и др.), строевые командиры, интендантские работники и войсковые врачи. Результатом работы комиссии явилось изданное в 1907 г. руководство по новым пищевым раскладкам для нижних чинов.

В трудах комиссии акад. Данилевского нашли отражение все вопросы войскового питания, начиная от объема суточного рациона и кончая реорганизацией хлебопекарного дела в армии. К сожалению, далеко не все предложения комиссии были реализованы в последующее время, хотя они были строго обоснованы и с физиолого-гигиенической стороны.

Поскольку труды комиссии не утратили своего значения и до настоящего времени, полезно напомнить, что акад. Данилевский требовал на человека в сутки 4 000—4 400 брутто-калорий, 35—40% животных белков в общем составе белкового рациона, 17—20% жировых калорий от общей калорийности пайка.

Комиссия высказалась за суточный объем пищи в пределах 2 500—3 000 г, за целесообразность замены ржаного хлеба пшеничным, хотя бы частично, и за трехкратную выдачу горячей пищи. Норму животного белка, обеспечивающую $^3/_4$ фунта мяса в день, комиссия признала вполне достаточной (при среднем составе в 16,3% белка это составляет примерно 50 г животного белка).

Касаясь роли овощей в питании армии, председатель комиссии акад. Данилевский следующим образом характеризует их значение: «Ошибочно думать, что польза, даже необходимость овощей исчерпывается заключенными в них неорганическими солями. Не отрицая, конечно, пользы последних, нельзя не указать, что много важнее для человека заключенные в них органические вещества, содержащие в своей частице некоторые неорганические элементы как, например, железо, марганец, фосфор, хлор, иод, кальций, вероятно, кремний и фтор. А так как одни из этих соединений находятся в одном, другие — в другом овоще, то, естественно, для пользы человека никоим образом не следует ограничивать употребление овощей одним или двумя видами их, но необходимо всячески поощрять пользование разнообразными овощами».

Несмотря на столь категорические формулировки и несомненную обоснованность требований комиссии, питание русской армии перед мировой войной 1914—1918 гг. было очень бедно овощами.

По раскладке 1911 г. на мирное время предусмотрен отпуск на так называемый приварок (овощи, соль, сало, приправы) от $1^1/_1$ до $3^1/_2$ копеек на человека в сутки. Совершенно очевидно, что ассигнование столь скромной суммы на покупку овощей исключало возможность реализовать требования комиссии акад.

Данилевского в отношении овощей. На военное время норма овощей была установлена в 60 золотников (250 г) свежих или 4 золотника (17 г) сухих.

Только после Октябрьской революции указания комиссии акад. Данилевского были реализованы в Красной Армии в пайках как мирного, так и военного времени. Количество овощей как по ассортименту, так и по объему было приведено в соответствие с требованиями гигиены питания войск.

Есть все основания утверждать, что питание боевых частей Красной Армии базируется на строгих научных основаниях и в полной мере соответствует со-

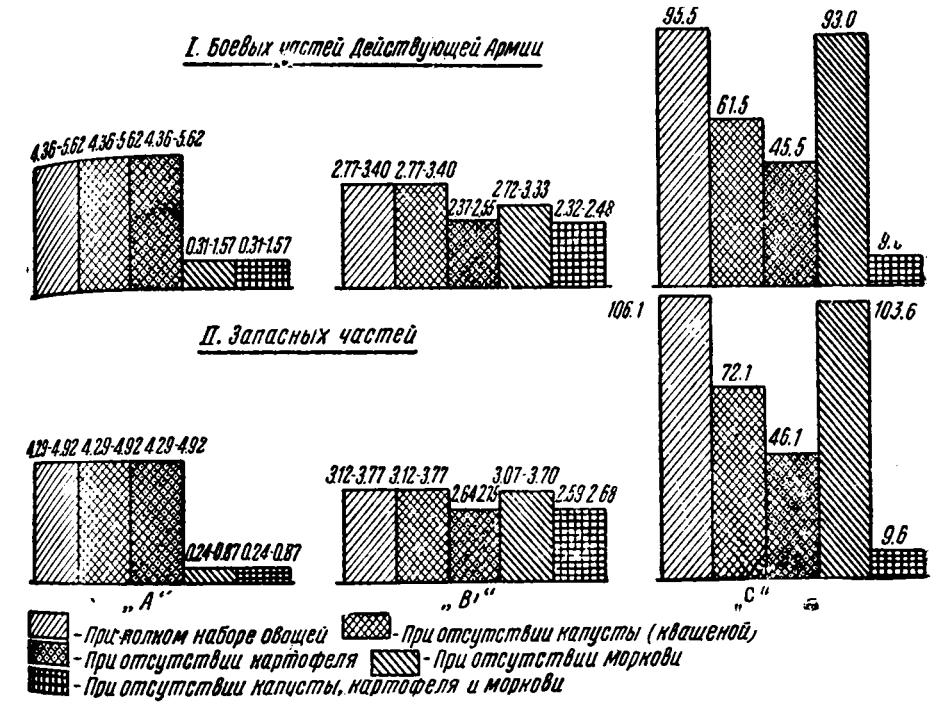


Рис. 1. Содержание витаминов в пайках Красной Армии
Количество витаминов в миллиграммах

временным требованиям физиологии и гигиены. За это говорит: 1) калорийность пайка, рассчитанная на фронтовую нагрузку; 2) физиологически обоснованное соотношение белков, жиров и углеводов в рационе; 3) достаточное количество витаминов в пищевых продуктах; 4) соответствующие привычкам нашего народа объем и качество блюд.

По обстоятельствам военного времени приходится мириться и с заменой овощей, и с резким сокращением их ассортимента. Известно, что зимой нередко выпадает из снабжения морковь, свекла и зелень, затем сокращается отпуск капусты, и наконец, картофеля. В результате замены последних крупой или мучными изделиями (вермишель, макароны) наблюдаются сдвиги в качестве питания войск. Диаграмма — рис. 1 показывает, как изменяется содержание витаминов в пайке в случае замены овощей крупой или изделиями из муки.

Из диаграммы видно, что отсутствие в ассортименте овощей моркови снижает норму снабжения витамином А (каротин) с 4,3 до 0,3 мг. Отсюда понятно, почему военные медики и работники интендантской службы должны внимательно следить за ассортиментом овощей, поступающих на довольствие войск, и компенсировать снижение витаминности пайка отпуском витаминных препаратов.

Менее сказывается отсутствие овощей и замена последних на уровне содержания витамина B_1. Как видно из диаграммы, колебания витамина B_1 в ра-

ционе при разных вариантах замены не превышают 0,5—1 мг. Даже в самом неблагоприятном случае количество витамина B_1 не падает ниже 2,48 мг.

Третья группа столбиков диаграммы показывает обеспеченность пайка витамином С при полном наборе овощей и в отсутствии капусты, картофеля и моркови. Из диаграммы видно, как резко меняется уровень снабжения аскорбиновой кислотой в зависимости от того, какие овощи представлены в красноармейском пайке. Резкое падение витамина С в рационе имеет место в тех случаях, когда из пайка выключаются капуста и картофель и заменяются либо крупами, либо изделиями из муки (9 мг вместо 95,5 мг).

Уровень снабжения войск витамином B_1, зависящий от бесперебойной доставки на передний край свежего хлеба, выпеченного из муки 100% выхода, как видно из диаграммы, существенного значения не имеет. Иначе обстоит дело в случае выдачи сухарей или отпуска белого хлеба из импортной муки тонкого помола, а также при замене гречневой крупы лущеным рисом, когда содержание витамина B_1 падает до 1,3 мг вместо 3,4 мг (рис. 2).

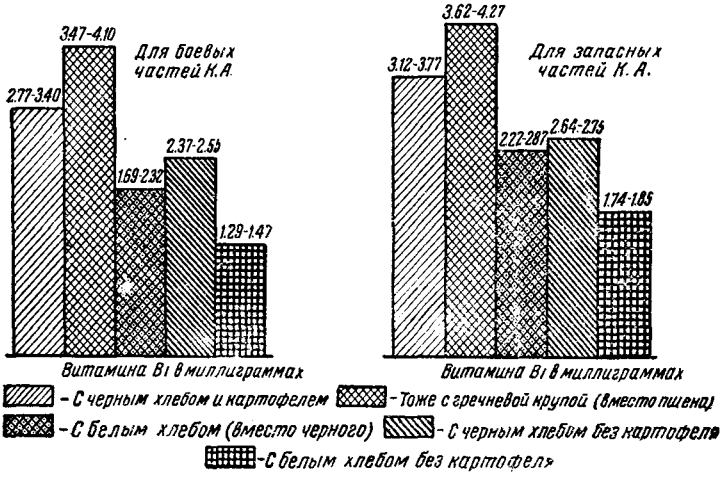


Рис. 2. Содержание витамина B_1 в основных пайках Красной Армии

Из сказанного видно, что главной причиной развития явлений недостаточности витаминов С и А в войсках являются перебои в доставке овощей и замена последних крупой или мучными изделиями. В отношении недостаточности витамина B_1 главную роль играет отпуск пшеничной муки тонкого помола.

В развитии С-витаминной недостаточности существенное значение имеет также неумелое приготовление пищи, в результате чего количество аскорбиновой кислоты в готовой пище снижается со 100 до 10—15 мг.

За последнее время много внимания уделяется солевому составу пищи и, в частности, военных рационов. В английских и американских медицинских журналах печатается большое количество работ, посвященных этому вопросу. В них подчеркивается исключительно важное значение неорганических элементов пищи. Произведенные при содействии Центрального института питания НКЗдрава СССР подсчеты солевого состава армейских рационов показывают, что наш паек несколько уступает американским нормам (по Шерману) только в отношении кальция. По всем остальным элементам паек частей действующей армии превосходит американские рационы.

По современным литературным данным, касающимся питания войск, минимальное содержание кальция в армейском рационе не должно быть ниже 1 000 мг. Что же касается фосфора, то его количество в рационе должно в полтора-два раза превышать норму кальция, т. е. должно быть равно примерно 1,5—2 г. Эта норма является в высшей степени условной, так как в случаях усиленной умственной работы, нервного напряжения и при аноксемии потребность в фосфоре заметно увеличивается.

Среднее содержание магния в пайках обычно равняется 300—400 мг в сутки. В случаях преобладания солей магния над солями кальция обычно наблюдается усиленное выведение последнего из организма.

Если оценить с гигиенической точки зрения солевой состав красноармейских рационов военного времени, то можно сделать следующие выводы:

1) относительно низкое содержание кальция (400—500 мг), за исключением госпитального пайка, включающего молочные продукты и дающего 729 мг кальция;

2) резкое преобладание солей фосфора над солями кальция (до 4 400 мг), за исключением вегетарианских пайков, содержащих 1 900—2 000 мг солей фосфора;

3) значительно большее по сравнению с принятой нормой содержание солей магния (600—1 100 мг вместо 300—400 мг);

4) более чем достаточное количество железа (20—45 мг вместо 12 мг);

5) примерно двойное против установленной нормы содержание серы (до 3 500 мг вместо 1 800 мг), за исключением вегетарианских пайков (1 100—1 300 мг).

Для защиты войск от развития последствий витаминной недостаточности существенное значение приобретает вопрос о нормах содержания витаминов в наборе сырых продуктов и особенно в готовой пище. Правильное решение этого вопроса необходимо и для составления научно обоснованных пищевых раскладок, и для использования витаминоносителей непищевого значения, и для продуманной организации снабжения витаминными препаратами.

До начала второй мировой войны совершенно отсутствовало единое понимание и достаточно обоснованное решение вопроса о нормах витаминов в питании войск. В качестве примера можно привести витамин С, казалось бы, наиболее изученный и хорошо известный военным врачам. В 1939 г. известный венский клиницист профессор Ритшель, ссылаясь на опыт ликвидации вспышки цынги в одном из детских учреждений Вены, утверждал, что «явилось возможным облегчить состояние больных скорбутом 5 мг аскорбиновой кислоты в сутки и надежно излечить его 10—20 мг». Далее Ритшель заявляет: «Мы думаем, что 20 мг витамина С являются достаточным количеством для взрослого».

Другой точки зрения придерживается Управление продовольствия и питания Национального исследовательского совета США, которое считает, что взрослый мужчина весом в 70 кг должен получать в сутки 75 мг витамина С. Для инфекционных больных и лиц, занимающихся спортом, суточная доза аскорбиновой кислоты должна быть повышена до 300 мг. Таковы крайние точки зрения на нормы витамина С в питании: от 20 до 300 мг. Опыт Отечественной войны говорит, что бойцу Красной Армии необходимо обеспечить 50 мг витамина С в сутки, допуская снижение этой нормы до 20 мг лишь в порядке исключения.

Еще больше разногласий существует в определении нормы обеспечения войск витаминами B_1 и B_2. В то время как в американской армии в обязательном порядке введено снабжение каждого солдата 3 мг рибофлавина (витамина B_2), профессор В. Шрайбер перед самым началом войны писал: «Еще неизвестно, нужен ли витамин B_2 для человека и бывает ли настоящий B_2-авитаминоз у людей».

В отношении витамина B_1 мнения расходятся лишь в отношении количества. По современным данным, потребность в витамине B_1 не является величиной постоянной. Она зависит и от количества углеводов и жира в пище, и от температуры окружающего воздуха, физической нагрузки, повышенного обмена веществ, хронических инфекционных процессов и т. д. В настоящее время нужно считать, что боец должен получать ежедневно не менее 2—3 мг витамина B_1. Эта норма, как известно, обеспечивается в пайке главным образом хлебом из муки 100% выхода.

По современным воззрениям о B_1-витаминном насыщении организма следует судить по отношению числа ИЕ (интернациональных единиц) витамина B_1 к числу нежировых калорий. В норме это отношение не должно быть ниже 0,25. При коэфициенте ниже 0,25 следует говорить о B_1-гиповитаминозе. При пересчете мг в ИЕ следует иметь в виду, что 1 мг витамина B_1 равняется 300 ИЕ.

В отношении витамина А подавляющее большинство авторитетных специалистов высказывается за норму в 5 000 интернациональных единиц, что соответствует 3 мг каротина, допуская сокращение этой нормы до 2 500 интернациональных единиц только как исключение.

Термин «защитная пища» (Protective food) был предложен известным американским исследователем вопросов питания Мак Коллюмом и вначале применялся только в отношении молока и зеленых овощей, т. е. пищи, наиболее богатой кальцием и витаминами. В настоящее время содержание этого понятия уже переросло буквальное значение термина «защитная пища», но тем не менее этот термин продолжают употреблять, вкладывая в него несколько иное значение. В таком новом смысле, имея в виду обогащение пищи кальцием и витаминами А, B_2 и С, применяется понятие «защитная пища» в англо-американской литературе.

Опыт последних лет войны значительно расширил это представление. Есть основание думать, что обогащение пищи витаминами С и B_2, наряду с витамином А и кальцием, приведет к повышению ее полноценности, что в свою очередь скажет безусловное влияние на здоровье и работоспособность населения, а также боеспособность войск.

Молоко, как известно, дает все четыре упомянутых фактора и является исключительно богатым источником трех из них. Овощи и фрукты, включаемые в группу защитных продуктов, являются источниками тех или иных витаминов и минеральных солей, включая и кальций.

Для предупреждения массовых проявлений общих нарушений питания среди английского населения Комитет по планированию пищевых ресурсов еще в 1940 г. разработал систему мероприятий по обеспечению всех групп населения необходимым минимумом витаминных пищевых продуктов. Этот минимум так называемых «защитных» продуктов питания включает, во-первых, неочищенные от оболочек зерна злаковых культур, во-вторых, обогащенную витаминами и кальцием муку, в-третьих, свежие овощи и картофель, в-четвертых, молочные продукты и, в частности, сыр.

Наличие в суточном рационе защитных продуктов питания в количестве 300 г муки 100% выхода, 400 см³ молока, 350—400 г картофеля и 200 г овощей полностью покрывает потребности человека в витаминах и минеральных солях, включая и кальций, и гарантирует нормальное физическое состояние организма.

Остальные продукты питания — мясо, сахар, жиры — должны обеспечить общую калорийность рациона, доводя ее до оптимальных 3 500—3 600 калорий.

Из сказанного следует, что понятие «защитная пища» еще не вполне определилось, и разные авторы в различных странах вкладывают в него различное содержание. В частности, нельзя говорить о защитных пищевых средствах без учета белкового компонента пайка и его аминокислотного состава.

Таким образом, одной из очередных задач отечественной науки о питании является раскрытие термина «защитная пища» применительно к нашим собственным условиям с обязательным учетом вековых привычек и традиций нашего народа в области питания.

Если теперь подойти с позиций учения о защитных факторах питания к оценке пайка для боевых частей, можно говорить лишь о желательности включения в рацион сыра и других молочных продуктов, являющихся, по концепции Мак Коллюма, носителями четырех защитных компонентов: кальция, витаминов А, B_2 и С. Если же стать на точку зрения английского Комитета по планированию пищевых ресурсов, то общее число «защитных калорий» в нашем пайке для боевых частей действующей армии выразится внушительной цифрой в 2 149 кал. Это составляет 60% общей калорийности, которая, как известно, превышает 3 500 кал.

В самом деле, как можно исключить из группы защитных продуктов хлеб, выпеченный из муки 100% помола и содержащий 216 мг кальция, от 1,3 до 2,7 витамина B_1 и до 1,5 мг (в пшеничном хлебе) витамина B_2. То же самое следует сказать о картофеле и наборе овощей, обеспечивающих около 200 мг кальция и свыше 90 мг аскорбиновой кислоты.

Из сказанного со всей очевидностью вытекает вывод о высокой ценности нашего пайка для действующих частей Красной Армии, если рассматривать его с позиций учения о защитных факторах питания.

Что же следует сделать для того, чтобы в необходимых случаях усилить физиологическую ценность нашего рациона в условиях военного времени?

Здесь нельзя обойти молчанием проблему использования дикорастущей зелени. Богатым источником витаминов и минеральных солей являются овощи и листья (свекольная ботва, зеленый лук, салат, крапива, капуста, щавель

и пр.). С точки зрения учения о «защитной пище» зеленые листья должны быть отнесены к защитным факторам питания.

В Красной Армии, начиная с 1943 г., ведется организованный сбор дикорастущей зелени для усиления защитных свойств красноармейской пищи. С этой целью выделяются специальные команды, которые собирают для войсковых кухонь щавель, кислицу, крапиву, клевер, люцерну, дикий лук, одуванчик, дикий виноград, черемшу. О размерах заготовок можно судить по следующим данным: в 1943 г. заготовлено 9 872 т, в 1944 г. — 19 600 т, т. е. в два раза больше.

За последнее время серьезное внимание уделяется использованию листьев крапивы, люцерны и клевера, могущих рассматриваться как защитные пищевые средства.

По данным Вудмана, листья люцерны, размолотые в муку, доставляют организму витамины A, B_1, B_2, C, D и E; Леви и Токс нашли, что люцерна содержит витамина C в четыре раза больше, чем лимонный сок. По исследованиям Вудмана и Эдена, люцерновая мука отличается большим содержанием белка (свыше 23%), богатого аминокислотами, отсутствующими в зерне. В белке листьев люцерны было найдено тирозина 3,19%, гистидина 2,56%, аргинина 7,11%, лизина 7,11% (по отношению к сухому веществу).

Особенно богато представлены в листьях люцерны минеральные соли, среди которых первое место занимает кальций (4,03% на сухое вещество в листьях и 1,33% в стеблях). О ценности люцерны как поставщика кальция можно судить хотя бы по тому, что 100 г люцерновой муки по содержанию кальция соответствуют примерно 1 л молока.

Кроме кальция, мука из люцерны содержит и другие неорганические элементы: магния 0,38%, натрия 1,39%, калия 1,16%, фосфора 0,28%, серы 0,54% и др. (в листьях, на сухое вещество).

Значительное распространение посевов люцерны в СССР и особенно в Средней Азии, где люцерна входит в севооборот хлопчатника и дает до 6 укосов за лето, открывает широкие перспективы использования этой ценной культуры в питании войск и населения. Опыты, проведенные в НИИСИ Красной Армии, показали, что люцерновая мука обладает приятным вкусом и, будучи добавлена в количестве 10—20 г к первому блюду, «облагораживает» его вкусовые качества. Сбор люцерны в Средней Азии и Краснодарском крае показал, что при правильном режиме сушки листьев в муке сохраняется свыше 20 мг каротина. В отдельных случаях на Краснодарском витаминном комбинате удавалось получать люцерновую муку с содержанием до 70 мг каротина (при 24% влажности).

Из других дикорастущих серьезного внимания заслуживают ягоды облепихи и рябины. По литературным данным, в 100 $см^3$ свежеотжатого сока спелых ягод облепихи содержится от 500 до 900 мг аскорбиновой кислоты. Мороженая облепиха, имеющая наибольшее практическое значение в питании войск и населения, содержит 8 мг% каротина и 50 мг% аскорбиновой кислоты. Широкие возможности заготовки впрок этой ценной ягоды, с одной стороны, и возможности многостороннего использования ее — с другой (отжимание сока и масла, изготовление пасты и джема, засолка мякоти и пр.), дают основание рассматривать облепиху как серьезный витаминоноситель не только местного значения.

Не меньшее значение имеет и широко распространенная в нашей стране рябина. Судя по опубликованным за последнее время в зарубежной печати данным, ягоды рябины по своей витаминной активности превосходят даже лимоны (свежий лимон содержит от 58 до 80 мг% аскорбиновой кислоты, а рябина — от 63,4 до 112 мг%). Из 100 кг лимонов можно отжать 38—40 л сока; то же количество рябины при тех же условиях дает 45—50 л сока. В хорошо приготовленном лимонном соке содержится 20—50 мг% аскорбиновой кислоты; концентрированный (сгущенный в $3^1/_2$ раза) сок рябины дает 265 мг% аскорбиновой кислоты, т. е. в 5 раз больше лимонного. Минеральный состав рябинового концентрата почти в 4 раза богаче лимонного сока. Рябиновый концентрат отлично сохраняется в продолжение ряда месяцев, не теряя своей активности (с апреля по сентябрь содержит 240 мг% аскорбиновой кислоты без всяких изменений). Если из 100 кг лимонов отжать 40 л сока с содержанием 30 мг% аскорбиновой кислоты, то можно получить 12 000 мг или 220 суточных человеко-доз витамина C. 15 л концентрата из 100 кг рябины активностью в 265 мг% дадут 39 750 мг или 795 доз витамина C. Таково соотношение.

Опыт войны показал также огромную ценность дрожжей для усиления по-ноценности питания войск. Пищевая ценность дрожжей обусловлена содерж-нием разнообразных питательных веществ, играющих весьма важную роль процессах жизнедеятельности человеческого организма. Известно, что дрож являются одним из самых богатых естественных источников витаминов В-ком-лекса. Именно благодаря витаминному компоненту они представляют действе-ное и весьма ценное защитное средство в питании войск.

Работники санитарной службы Красной Армии провели большую исследо-тельскую работу в области изучения питания здоровых и больных контингент с использованием большого количества дрожжей. Этот опыт со всей очев-ностью убедил нас в том, что полное выключение животного белка из пищев-го рациона и замена его эквивалентным количеством дрожжевого белка оказывают отрицательного влияния на организм. Дрожжевой белок в комбинац с растительным белком усваивается так же хорошо, как и животный белок том же сочетании.

О том внимании, которое уделяется в Красной Армии внедрению дрожже свидетельствует тот факт, что только в 1944 г. было распределено и отпуще войскам 51 300 кг сухих дрожжей. Сюда не входит продукция гражданских военных заводов, которые выпускают обычно прессованные дрожжи.

Обстоятельства военного времени создают ряд трудностей в снабжении ар-мии продовольствием. Давно отошли в прошлое те времена, когда армия пита-лась за счет местных ресурсов, когда источником свежего мяса являлись диви-зионные гурты скота, неторопливо следовавшие за войсками.

Трудности подвоза огромной массы продовольственных грузов на фронт е-тественно и неизбежно ведут к известному ограничению ассортимента пищев-продуктов и широкому использованию более транспортабельных и лучше сохр-няющихся пищевых концентратов. Зимой, опять-таки в силу суровой необход-мости, приходится мириться с доставкой войскам овощей, мяса и рыбы в замр-роженном виде. Если в отношении двух последних продуктов действие холод-является фактором положительного значения, то этого никак нельзя сказать о картофеле, капусте и других овощах.

Наконец, в условиях боевой обстановки совершенно неизбежны случаи пер-боев в доставке полного ассортимента необходимых войскам пищевых продук-тов. Отсюда вытекает необходимость мириться с заменой отсутствующих пищ-вых средств имеющимися налицо. Замене подвергаются чаще всего такие ва-ные для питания бойца продовольственные продукты, как мясо, рыба и свеж-овощи. В качестве заменяющих продуктов обычно фигурирует крупа и мучн-изделия (собственно мука, вермишель и макароны).

В задачи военных врачей Красной Армии входит путем своевременного вм-шательства устранить отрицательные последствия временных нарушений в п-тании войск. Сюда относятся: 1) целесообразное использование местных ресу-сов в целях повышения защитных свойств пищи (дикорастущая зелень, ботв-рябика, шиповник, облепиха); 2) своевременная выдача дополнительных средс-питания и профилактики в виде дрожжей, рыбьего жира; 3) изготовление сил-ми войсковых частей витаминных настоев и концентратов из хвои, листьев березы и липы, люцерны и клевера; 4) распределение витаминных препарат-A, B_1, B_2, C, D, PP.

Организованное и планомерное снабжение Красной Армии витаминными пр-паратами производства Союзвитаминпрома началось в 1942 г. и достигло макс-мального значения в 1944 г. За это время изменились и ассортимент витамин-препаратов, и количество последних.

Если в 1942 г. в войска направлялся только витамин С, то в настояще время мы встречаем на фронте не менее шести препаратов: витамин А, каро-в масле, витамин B_1, B_2, C, D, P. P. В 1944 г. появились и новые витамин-препараты. Среди них следует особо отметить поливитаминные таблетки и дра-для танковых войск, содержащие витамины С, B_1, лимонную кислоту и сах-

Если принять за 100 количество витаминных препаратов в человеко-доза-распределенных в войсках за 1942 г., то рост продукции выразится в следую-щих величинах: в 1942 г. — 100; в 1944 г. — 1 330. Другими словами, потреб-ние в Красной Армии витаминных препаратов только за 2 года войны выр-ло в 13 раз.

Результатом практического применения достижений отечественной витаминологии в Красной Армии является резкое снижение авитаминозов и гиповитаминозов в войсках. Если принять число последних в 1943 г. за 100, то в минувшем 1944 г. количество гиповитаминозов и авитаминозов упало до 2,5. Другими словами, в результате развертывания профилактических мероприятий удалось снизить число случаев витаминной недостаточности только за год ровно в 40 раз.

Этот совершенно очевидный и бесспорный успех следует отнести главным образом за счет широкого снабжения частей действующей армии витаминными препаратами. Из опыта профилактики типо- и авитаминозов в войсках с полной очевидностью явствует, что советская витаминология вооружила военных медиков весьма надежными и эффективными средствами защиты войск от таких заболеваний военного времени, как цынга, гемералопия и др. Но это не значит, что советские витаминологи могут почить на лаврах. Совсем наоборот, война выдвигает ряд новых задач, среди которых одно из первых мест занимает проблема витаминов и минеральных солей.

Учение о защитных факторах в питании войск вооружает военных врачей и работников интендантской службы новыми средствами борьбы за сохранение здоровья и боеспособности войск.

★

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СВИНЦА В ПОЛУДЕ В ПРИСУТСТВИИ ЖЕЛЕЗА И МЕДИ В ПОЛЕВЫХ УСЛОВИЯХ

Наиболее распространенным в практике качественно-количественным способом определения свинца в полуде является способ Фордоса, основанный на получении иодистого свинца и достаточно чувствительный. Однако присутствие железа или меди, постоянно встречающихся в соскобах полуды, не только сильно мешает определению, но и делает его невозможным, так как медь и железо, вступая в реакцию с иодистым калием, дают тоже желтое окрашивание (медь, реагируя с иодистым калием, дает CuJ_2, а железо выделяет из него свободный иод). Избавиться полностью от меди путем ее вымывания аммиаком, а от железа путем прокаливания трудно и процедуры эти значительно усложняют методику, особенно в условиях лабораторий СЭО и тем более МСБ. Между тем в практике лабораторий СЭО и МСБ постоянно приходится иметь дело с определением свинца в полудах, содержащих медь и железо.

Столкнувшись с неудобством определения свинца в полуде по методу Фордоса в лаборатории СЭО и не найдя в доступной мне литературе других способов определения, пригодных в полевых условиях, я попыталась применить простой метод, позволяющий исключить мешающее действие железа и меди. Сущность метода сводится к следующему. Навеску соскоба полуды в 50 мг всыпают в пробирку, приливают 1 мл азотной кислоты удельного веса 1,2 (32,5%). Затем пробирку подогревают на спиртовке до растворения (4—5 минут) всех составных частей полуды (олова, свинца, железа или меди). Олово после растворения в азотной кислоте переходит в нерастворимую метаоловянную кислоту H_2SnO_3, которая после 10—15 минут стояния пробирки осаждается на дно. Свинец, медь или железо остаются в растворе в виде азотнокислых солей. Из отстоявшейся сверху прозрачной жидкости пипеткой набирают (не взмучивая жидкости) 2 капли и наносят их на предметное стекло на некотором расстоянии друг от друга. Затем к первой капле добавляют 1 каплю 30% раствора сернокислого натрия (Na_2SO_4); вторая капля служит для сравнения (контроля). В случае присутствия свинца в соскобе полуды в количестве, большем чем 1%, в капле, к которой был добавлен раствор сернокислого натрия, появляется помутнение, а затем белый осадок сернокислого свинца ($PbSO_4$), образующегося в результате взаимодействия между азотнокислым свинцом и сернокислым натрием:

$$Pb(NO_3)_2 + Na_2SO_4 \longrightarrow PbSO_4 + 2NaNO_3$$

Это помутнение и осадок яснее видны при сравнении с контрольной каплей. При наличии свинца в соскобе полуды менее 1% помутнения и осадка не появляется. Присутствующие в растворе медь и железо не мешают определению, так как не образуют с Na_2SO_4 никаких нерастворимых соединений.

Сравнение этого способа со способом Фордоса, проведенное более чем в 200 соскобах полуды, показало полное совпадение результатов. Данные сравнения нашего способа со способом Фордоса с удалением и без удаления меди и железа приведены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, данные нашего способа вполне совпадают с данными способа Фордоса, полученными после удаления примесей (меди и железа).

Испытание нашего способа на искусственно приготовленных смесях олова и свинца показало, что при содержании свинца в смеси менее 1% (при навеске в 50 мг), как видно из табл. 2, реакция на свинец отрицательна; когда содержание свинца в смеси достигает 1,2—1,3%, реакция становится положительной.

При содержании свинца в смеси до 1% слабое помутнение и ободок ($PbSO_4$) после добавления к капле Na_2SO_4 появляются не тотчас, а спустя 3—4 минуты

Таблица 1

Количество исследованных соскобов полуды с указанием примеси к ним	По способу Фордоса		По нашему способу
	реакция на свинец без удаления меди или железа	реакция на свинец по удалении меди или железа	
79 с примесью меди	+	—	—
85 с примесью железа	+	—	—
5 с примесью меди и свинца	+	+	+
7 с примесью железа и свинца	+	+	+
12 кусочков олова (без примеси железа и меди) с примесью свинца	+	+	+
14 кусочков олова (без примеси свинца, меди и железа)	—	—	—

Таблица 2

Содержание свинца в смеси (в %)	Реакция на свинец по нашему способу
0,8	—
1	+
1,2	+
1,3	+

На основании вышеизложенного я считаю возможным сделать следующие выводы:

1. Предлагаемый мной способ определения свинца в полуде отличается простотой и может быть применен в условиях походной жизни.

2. Сравнение его со способом Фордоса показало достаточную его чувствительность. Делаемые на основе его заключения надежны.

Капитан медицинской службы *М. А. Хомутова*

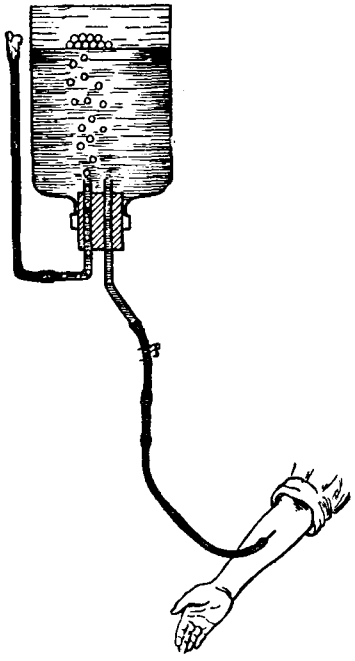
★

АППАРАТ ДЛЯ КАПЕЛЬНОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ

Предлагается аппарат для капельного переливания крови, герметически закрытый, в котором перемешивание крови, устраняющее оседание форменных элементов, происходит беспрерывно.

Через резиновую пробку обычной банки ОСТ-614 пропущены две стеклянные короткие трубки, выступающие в перевернутой банке над пробкой на 1—2 см. К одной из трубок присоединяется система резиновых трубок с капельницей, зажимом, регулирующим ток капель, и иглой. Ко второй стеклянной трубке присоединяется резиновая трубка длиной до 20 см, на конце которой имеется ватный фильтр. Эту трубку поднимают кверху и фиксируют к банке (см. рисунок).

После заполнения системы кровью игла вводится в вену, регулируется ток капель. Через вторую трубку в банку проступают пузырьки воздуха, которые проходя через кровь на поверхность, производят постоянное перемешивание крови.



Мы пользовались этим аппаратом при капельном переливании цельной крови и смеси крови с физиологическим раствором и при капельных гемоклизмах. Переливание проходило совершенно гладко.

Гвардии майор медицинской службы *Б. В. Кекало*

★

ТЕХНИКА ПОДСЧЕТА КРОВИ В КАМЕРЕ ГОРЯЕВА

Наиболее распространенными в клинических лабораториях являются счетные камеры Тома-Цейса, Бюркера и Горяева. Последняя имеет ряд преимуществ; она имеет большую площадь, две сетки с ясным рисунком. Сетка Горяева состоит из 15 рядов или широких полос, каждая из которых разделена на 15 больших квадратов. Площадь каждого квадрата равна $^1/_{25}$ мм², площадь всей сетки — 9 мм² (рис. 1 и 2).

При подсчете лейкоцитов желательно пользоваться всей сеткой, лейкоциты подсчитывают во всех 15 широких полосах. Формула расчета: $Л = \frac{л \cdot 10 \cdot 10}{9}$ (при разведении 1 : 10), где $Л$ — число белых телец в 1 мм³ исследуемой крови, $л$ — число лейкоцитов, сосчитанных в камере. Практически следует подсчитать лейкоциты в 100 больших квадратах сетки и полученную цифру умножить на 50.

Счет эритроцитов производят по диагонали: считают 5 больших квадратов, из которых каждый содержит 16 малых квадратов; всего, следовательно, 80 малых квадратов. Формула расчета для 5 больших квадратов: $E = \frac{e \cdot 400 \cdot 200 \cdot 10}{80}$ (прак-

тически надо e умножить на 10 000, где E — число эритроцитов в 1 мм³, а e — число эритроцитов, сосчитанных в 5 больших квадратах. Для большей точности при низком содержании эритроцитов подсчитывают 10 или 20 больших квадратов.

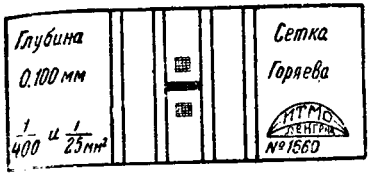


Рис. 1

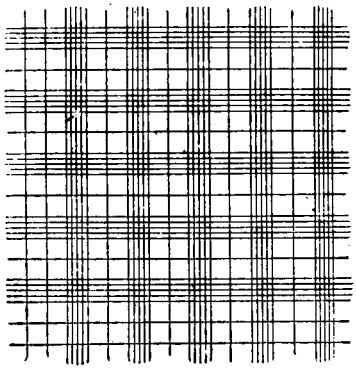


Рис. 2

Преимуществом камеры Горяева является то, что можно одновременно считать в одной сетке камеры лейкоциты, а в другой — эритроциты.

Врач ***П. Бизяева***

★

ТЕРМОИНДИКАТОР

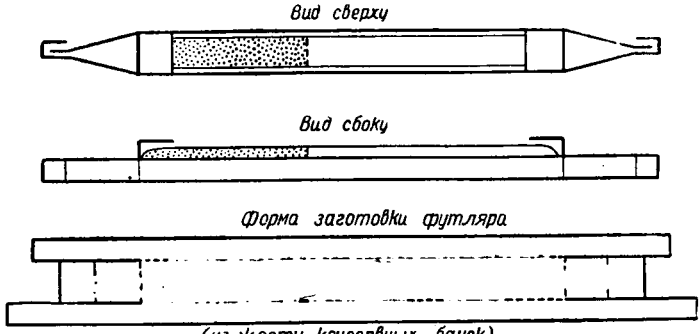
Недостаток термометров для контроля работы дезинсекторов приводит часто или к недостаточной термической обработке, или к перекаливанию обогревательной системы и порче обмундирования. Для ориентировочного измерения рабочей температуры дезинсекторов нужен простой, дешевый и четкий индикатор. С этой целью мы использовали свойство некоторых кристаллических веществ расплавляться при нагревании и вновь кристаллизоваться при последующем охлаждении.

Ввиду необходимости учитывать минимальную рабочую температуру и предельно допустимую температуру в дезинсекторе, пришлось подыскивать вещества, плавящиеся при 80—85° и при 110—115°. Такими веществами из целого ряда мы избрали нафталин с точкой плавления 80° и резорцин с точкой плавления 112°.

В стеклянную трубку диаметром 4—6 мм и длиной 7—10 см запаивают нафталин или резорцин в количестве 0,3—0,5 г. Ампулу заключают в футляр из жести с крючками на концах, позволяющими подвешивать термоиндикатор любым концом вверх. На футляре обозначено, на какую температуру рассчитан термоиндикатор. Кроме того, для удобства различения мы подкрашиваем нафталин в розовый цвет (фуксином), а резорцин в зеленоватый или голубой (бриллиантгрюном или метиленовой синькой).

Для наблюдения за температурой в дезинсекторе термоиндикаторы на 80° и 112° подвешивают внутри камеры перед дверным окошком закристаллизованным веществом вверх. При обогревании дезинсектора за термоиндикаторами ведут через окошко наблюдение. Расплавление и стекание вниз вещества термоиндикатора на 80° будет указывать, что необходимая температура в камере достигнута. С этого момента отсчитывается время, необходимое для дезинсекции. Расплавление и стекание вниз вещества термоиндикатора на 112° указывает, что температура в камере достигла максимального предела и что необходимо охладить камеру, уменьшить обогрев и открыть вентиляционную форточку или дверь.

Проверкой установлено, что расплавленный нафталин вновь начинает кри-сталлизоваться при 75°, а расплавленный резорцин — при 105°. Отсюда вытекает необходимость поддерживать в камере такую температуру, при которой вещество термоиндикатора на 80° будет все время находиться в жидком состоянии, а термоиндикатор на 112° — в твердом. Переход из расплавленного состояния в кристаллическое весьма легко определяется зрительным путем. После каждой разгрузки камеры термоиндикаторы охлаждают до застывания вещества и вновь используют, как указано выше.



Контроль эффективности обработки обмундирования и режим дезинсектор определяются посредством термоиндикаторов на 80° путем подвешивания их в складках обмундирования в центре и в углах камеры на различных уровнях — у нижнего края, в середине и у воротника подвешенного обмундирования. Термоиндикаторы подвешиваются застывшим веществом вверх и просматриваются при разгрузке. Расплавление вещества в термоиндикаторах будет указывать на достаточность прогревания обмундирования. Проведя таким образом несколько наблюдений с различными загрузкой и временем прогревания обмундирования, устанавливают режим камеры.

Общедоступность, простота изготовления и дешевизна позволяют легко изготовить термоиндикаторы в массовом количестве.

Майор медицинской службы *А. И. Волков*

★

ПРИСПОСОБЛЕНИЕ ДЛЯ ЗАКРЫВАНИЯ КРЫШКИ ПОЛЕВОЙ УБОРНОЙ

Борьба с мухами в полевых госпиталях, особенно инфекционных, является серьезным противоэпидемическим мероприятием.

В борьбе с мухами громадное значение имеет недопущение их к местам выплода.

Для оборудования уборной в госпитале мы разработали стульчак с крышкой, который является перевозимой частью уборной. Все остальное — деревянный настил над ямой, изгородь и пр.—устраивается на каждом новом месте из подручных материалов.

Длина стульчака 90 см, ширина 70 см, толщина 5 см. Размеры прямоугольного очка в нем 60 и 30 см. Сзади сделан упор для крышки, когда она поднята; в передней части стульчака скос для стока мочи; по бокам двумя возвышениями в виде подошв обозначены места для ног. К передней части крышки приделана ручка.

Специальное приспособление, обеспечивающее обязательное закрывание крышки, состоит из поперечной рейки, прикрепленной к передней части крышки, выстоящей концом в сторону за край стульчака, и подвижно соединенных шар-

нирами друг с другом и с поперечной рейкой трех реек длиной 210, 55 и 40 см. Последняя рейка представляет собой колышек, который забивается в землю (рис. 1 и 2).

Вход в уборную делается с той стороны, на которой расположена подвижная система реек.

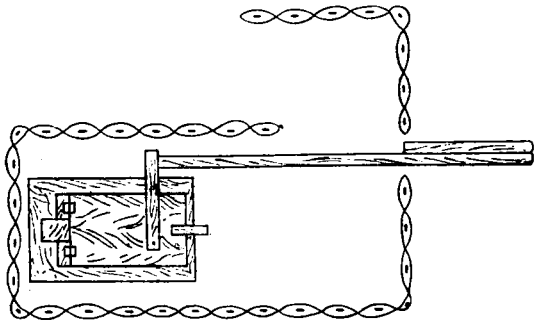


Рис. 1. План уборной и расположение реек по отношению к входу

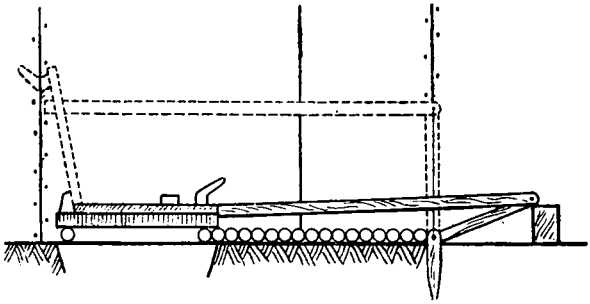


Рис. 2. Расположение реек при опущенной и поднятой крышке

Рис. 3. Подвижное соединение длинной рейки с поперечкой

Под наружный конец длинной рейки подкладывается чурбанчик, чтобы система рычагов не попадала в положение, из которого ее нельзя будет вывести поднятием крышки («мертвая точка»).

При поднимании крышки длинная рейка загораживает выход из уборной, при опускании крышки рейки падают на настил.

Майор медицинской службы кандидат мед. наук ***Я. Н. Трахтман***

★

Академик В. П. Осипов. **Вопросы психиатрического распознавания и определения годности к военной службе.**

Книга генерал-лейтенанта медицинской службы академика В. П. Осипова «Вопросы психиатрического распознавания и определения годности к военной службе», изданная Военно-медицинской академией Красной Армии (Ленинград, 1944 г.), представляет большой интерес, так как написана крупнейшим представителем советской психиатрии. 50 лет жизни отданы Виктором Петровичем одной из сложнейших специальностей медицины, из них более 27 лет у него тесно связаны с Красной Армией, которой, не уставая, отдает он свои знания и силы.

Личный опыт психиатра изложен в книге, как это свойственно Виктору Петровичу, с большой ясностью, хорошим русским языком. Это делает книгу вполне доступной военному врачу-неспециалисту. В военных и мирных условиях у военного врача не психиатра имеется значительный круг вопросов, которые требуют психиатрических знаний и психиатрического понимания. Автор совершенно правильно подчеркивает, что он далек от мысли потребовать от войскового врача умения устанавливать психиатрический диагноз; врач должен уметь обнаружить у больного наличие душевного заболевания и принять меры, соответствующие интересам больного и окружающего его коллектива.

Книга содержит следующие главы: значение психиатрии для военного врача, война не дает новых форм психозов, наиболее существенные синдромы душевных болезней, острые психотические и аффективные вспышки, наставления для врачебных мероприятий, экспертная работа военного врача, распознавание эпилепсии, циклотимия, шизофрения, олигофрения, травматические поражения головного мозга, закрытые травмы мозга, психопатии, о распознавании симулирования в психиатрии и установлении психического здоровья, о некоторых отравлениях.

В главе о синдромах и острых психотических вспышках автором совершенно правильно подчеркивается мысль, что в полевых условиях психиатр и невропатолог должны знать определенные области своей специальности (это положение особенно отчетливо можно было бы показать на оказании помощи «контуженным»), так как передовые этапы эвакуации далеко не всегда позволяют диференцировать эти виды медицинской помощи. Они разделяются главным образом в специализированных лечебных учреждениях ГБА и ГБФ.

Не совсем ясно, почему описание делирия помещено автором в главе об острых психотических вспышках, а не в главе о синдромах, где описывается аменция.

Синдромы измененного сознания, как нам кажется, следовало бы изложить полнее, учитывая их многообразие и частоту в полевых условиях.

В главе об экспертизе эпилепсии хорошо изложена диференциальная диагностика эпилептических и истерических припадков, но к сожалению, автор не касается экспертной оценки судорожных припадков, развивающихся после закрытой травмы мозга, а эти припадки представляют наибольшие трудности для распознавания.

В главе о мягких формах эндогенных психозов автор совершенно правильно подчеркивает недопустимость рассматривать как шизофрению хронически протекающее душевное заболевание с ослаблением умственных способностей.

Протрагированные формы астенических состояний с психической симптоматикой, заболевания иной этиологии (закрытая травма мозга) с шизофреноподобной картиной во время войны неосновательно включались в группу шизофрений.

В этой же главе сообщены ценные указания по диагностике шизофрении и недопустимость базирования диагноза на отдельных «патогномоничных» симптомах, которых в клинике шизофрении нет.

Хорошо сделано, что распознавание мягких форм шизофрении выделено автором в самостоятельную главу, что описание их не ограничивается одной психопатологией, а указывается и значение соматических и вегетативных изменений типа интравегетативных дистаксий. Диагностика мягких форм представляет на-

большие трудности; совершенно понятно, что установление ее амбулаторным порядком недопустимо.

Непонятно, почему в раздел травматических поражений головного мозга включены заболевания, психогенно обусловленные. Известно, что состояния психического, эмоционального шока иногда трудно диференцировать, например, от легких коммоций. Тем не менее они не тождественны. Автор показывает неправомочность старой точки зрения, согласно которой клиника воздушной контузии тенденциозно сводилась к одной истерии, он подтверждает свои соображения очень интересными наблюдениями своих сотрудников. Необходимо только указать, что обнаруженная Беркенблитом, Каничевой и Зотовым «амнезия» звука при разрыве авиабомбы или снаряда не является доказательством дефекта памяти: так как благодаря большей скорости взрывной волны выключение сознания происходит раньше, чем звуковая волна достигает слухового рецептора, как правило, пораженный услышать звук взрыва не может. Подчеркивая значение органических микросимптомов при воздушной контузии и функционально-органический характер изменений психических функций, автор дает возможность врачу правильно ориентироваться в выборе лечебно-эвакуационных мероприятий.

Нам кажется, и экспертизу различных психопатологических синдромов, возникающих в результате травмы мозга, правильнее производить по ст. 6, а не по ст. 9 приказа НКО 336 1942 г. Последней же следует пользоваться в тех случаях, когда преобладают психогенные или конституционально обусловленные симптомы. В противном случае общее впечатление, что удельный вес психоневрозов в Отечественную войну невелик, будет противоречить статистике с перегруженной девятой статьей.

Очень полезны клинические наблюдения и анализ заболеваний, которых касается автор. Это делает книгу еще более доступной пониманию врачу не специалисту. Жаль только, что не приведены примеры циклотимии, которая всегда представляет трудности для диагностики.

Несомненно, что книга академика В. П. Осипова «Вопросы психиатрического распознавания и определения годности к военной службе», вполне удовлетворяя интересы и потребности военного врача в его практической деятельности, очень быстро исчезнет с книжного рынка.

Остается пожелать, чтобы второе, дополненное издание появилось как можно скорее. В этом втором издании хотелось бы увидеть новые главы, ознакомление с которыми необходимо для врачей не специалистов соматических госпиталей: психопатологические синдромы при проникающих ранениях головного мозга, психозы при экстрацеребральных ранениях, реактивные параноиды, с которыми всем врачам часто приходилось встречаться в дни Отечественной войны.

Психиатр Красной Армии
полковник медицинской службы *И. Н. Тимофеев*

★

Военная медицина в Великую отечественную войну, вып. 1, М., Главвоенсанупр Красной Армии, 1944. Стр. 194.

В книге кратко излагаются материалы, обобщающие богатый опыт практической работы военно-медицинских учреждений фронта и тыла. Издание подобного сборника дает возможность хотя бы в виде рефератов опубликовать многочисленные работы по организационным и лечебным вопросам военной медицины, присылаемые в Главвоенсанупр войсковыми врачами. Цель сборника — помочь широким кругам военно-медицинских работников всесторонне изучать опыт войны и во-время использовать его для еще большего улучшения качества медицинского обслуживания Красной Армии.

В настоящем выпуске сборника включены материалы по военно-полевой хирургии, лечебной физкультуре, военно-врачебной экспертизе, военной гигиене и противоэпидемической защите войск.

В конце книги в разделе «Обмен опытом» читатель найдет описание ряда ценных рационализаторских и изобретательских предложений по различным разделам лечебно-эвакуационного обслуживания войск.

Справочник по инфекционным болезням. Под редакцией главного эпидемиолога Красной Армии генерал-майора медицинской службы проф. И. Д. Ионина, изд. 2, Медгиз, М., 1944. Стр. 372.

Главвоенсанупр Красной Армии издал «Справочник по инфекционным болезням». Книга рассчитана не только на специалистов эпидемиологов и инфекционистов, но и на всех врачей полевой медицинской службы, ибо противоэпидемическая защита войск должна находиться в центре внимания всех врачей независимо от их специальности.

Первое издание этой книги, вышедшее в августе 1942 г., быстро разошлось. Книга в значительной степени помогла войсковым врачам пополнить их знания в вопросах эпидемиологии, диагностики, клиники, терапии и профилактики инфекционных заболеваний. Как и всякий справочник, книга, конечно, не могла охватить все вопросы и не лишена была ряда недостатков. Отзывы читателей помогли авторскому коллективу и главному редактору внести ряд существенных изменений и дополнений во второе издание.

Второе издание справочника состоит из девяти разделов. Первый раздел (Т. Е. Болдырев) посвящается общей системе противоэпидемических мероприятий в войсках. Во втором разделе — кишечные инфекции—помещены работы И. Д. Ионина («Брюшной тиф», «Дизентерия бациллярная» и «Холера»), С. В. Висковского («Паратифозные заболевания»), К. Ф. Акинфиева («Пищевые токсикоинфекции», «Ботулизм»), В. П. Петрова («Амебиаз»). Раздел третий—паразитарные тифы — включает работы И. Д. Ионина и С. В. Висковского, посвященные сыпному и возвратному тифам и риккетсиозам. Раздел четвертый — болезни, передаваемые кровососущими паразитами—в работах И. Д. Ионина и В. П. Петрова дает описание малярии, лихорадки паппатачи, лейшманиозов, общего лейшманиоза (кала-азар) кожного лейшманиоза (индийская язва), лейшманиоза собак; в разделе пятом — зоонозы — помещены работы Г. П. Руднева и С. В. Висковского [«Сибирская язва», «Сап», «Бруцеллез», «Бешенство» (бешенство собак, бешенство людей), «Чума» и «Туляремия»]. В шестом разделе в работах И. Д. Ионина, (Грипп»), С. В. Висковского («Инфекционные ангины» и «Натуральная оспа») освещаются капельные инфекции. Седьмой раздел посвящен инфекциям центральной нервной системы и содержит работы Н. И. Гращенкова [«Менингит» (эпидемический цереброспинальный и травматический менингит), «Энцефалиты» (эпидемический, или летаргический, энцефалит, сезонные вирусные энцефалиты, осенний вирусный энцефалит, весенне-летний энцефалит)]. В разделе восьмом — раневые инфекции — помещены работы В. В. Гориневской («Рожа», «Столбняк», «Газовая инфекция») и С. В. Висковского («Сепсис»). Девятый раздел — лептоспирозы — содержит работу Г. П. Руднева («Инфекционная

желтуха») и два приложения: сроки инкубационного периода и способы собирания материала для лабораторного исследования.

Приветствуя выход в свет этого справочника, мы надеемся, что читатели его — врачи-инфекционисты, эпидемиологи и все врачи полевой медицинской службы — выскажут свои пожелания и критические замечания и этим помогут еще более улучшить и усовершенствовать в дальнейшем этот инфекционный справочник, являющийся спутником и руководящим пособием каждого военного врача.

В. В. Гориневская. **Комплексное лечение в госпиталях для легко раненых** М., Медгиз, 1944. Стр. 127.

Главвоенсанупр Красной Армии в издании Медгиза выпустил книгу проф. В. В. Гориневской «Комплексное лечение в госпиталях для легко раненых». Книга посвящена весьма важной проблеме эвакуации и лечения легко раненых. Как известно, эта проблема всегда была объектом дискуссии и не была разрешена в прошлых войнах ни в одной армии. Автор на большом опыте Великой отечественной войны сумел с достаточной полнотой осветить все вопросы, связанные с созданием сети госпиталей для легко раненых и организацией комплексного лечения в этих учреждениях.

В работе читатель найдет необходимые сведения по истории возникновения госпиталей для легко раненых, их организационной структуре, дислокации, сортировке легко раненых, организации хирургического лечения, физическим методам лечения, лечебной физкультуре и трудотерапии.

В специальной части автор подробно излагает вопросы комплексного лечения огнестрельных ранений верхних и нижних конечностей.

Книга написана в свете официальных указаний Главвоенсанупра и будет ценным практическим пособием для медицинских работников, работающих в госпиталях для легко раненых.

Проф. А. П. Фрумкин. **Военная травма мочеполовой системы.** М., Медгиз, 1944. Стр. 113.

Главвоенсанупром Красной Армии в издании Медгиза выпущена книга проф. А. П. Фрумкина «Военная травма мочеполовой системы». Она рассчитана на врачей войскового и армейского районов полевой медицинской службы.

Работа обобщает большой личный опыт автора, накопленный за время Великой отечественной войны. Ценность книги заключается в том, что она впервые освещает такой важный раздел военно-полевой хирургии, как огнестрельные ранения органов мочеполовой системы.

Читатель найдет в ней необходимые сведения по оказанию хирургической помощи при различных видах ранений мочеполовой системы. Автор не только описывает отдельные виды ранений и способы оперативного вмешательства, но и дает описание самой техники оперативного вмешательства. Многочисленные иллюстрации еще более поднимают ценность книги и придают ей характер практического руководства.

В книге читатель найдет ценные советы об объеме помощи и методах хирургического вмешательства при огнестрельных ранениях мочеполовой системы на различных этапах эвакуации. Автор подробно останавливается на ранениях почек, подкожных разрывах почек, ранении мочеточника, мочевого пузыря, подкожной травме мочевого пузыря, на ранениях мочеиспускательного канала, подкожной травме мочеиспускательного канала, ранениях полового члена, мошонки и ее органов, наконец, дисфункциях мочевого пузыря при ранениях и закрытой травме спинного мозга и на уходе за ранеными при повреждениях органов мочеполовой системы.

Справочник для врачей суворовских военных училищ. Под редакцией академиков Н. С. Маслова и Ф. Г. Кроткова, М., Главвоенсанупр Красной Армии, 1944. Стр. 79.

Книга предназначена для врачей, работающих в суворовских военных училищах. Она состоит из пяти глав, в которых собраны справочные и инструктивные материалы, необходимые практическому врачу при организации медицинского обслуживания воспитанников училищ. Справочник содержит ряд официальных инструкций и положений, утвержденных НКЗдравом СССР. Читатель найдет в справочнике инструкции по борьбе с острыми инфекциями и желудочно-кишечными заболеваниями, таблицы показателей физического развития ребенка, различ-

ных индексов, возрастных норм крови, кровяного давления, размеров сердца, схемы функционального испытания сердечно-сосудистого аппарата, примерные раскладки для питания детей различных возрастов и материал для составления меню.

Справочник, являясь кратким пособием, конечно, ни в коей мере не может полностью удовлетворить запросы практических врачей, поэтому составители его приводят в конце довольно значительный литературный указатель.

Краткое руководство по военно-врачебной экспертизе, М., Главвоенсанупр Красной Армии, 1944. Стр. 107.

Руководство написано с учетом опыта Великой отечественной войны и содержит ряд ценных указаний работникам военно-врачебной экспертизы. Оно может быть полезно также всем военным врачам и медицинским начальникам всех категорий.

Книга состоит из двух частей. В первой части — организационной — излагаются задачи и основные положения об организации военно-врачебной экспертизы, обязанности военно-врачебной экспертизы по укомплектованию Красной Армии, приводятся необходимые указания по определению связи инвалидности с условиями прохождения военной службы, краткие сведения по судебнопсихиатрической экспертизе в Красной Армии и, наконец, необходимые указания по ведению и оформлению документации и отчетности военно-врачебной экспертизы.

Во второй части — специальной — даются краткие указания по определению степени годности к военной службе при некоторых заболеваниях и последствиях повреждений; в частности, при психических болезнях, болезнях нервной системы, внутренних органов, хирургических заболеваниях, болезнях уха, горла и носа, нетеротравматических расстройствах слуха и речи, глазных, кожно-венерических и женских болезнях.

В. А. Девятинин. **Указания по профилактике авитаминозов в войсках.** Под ред. проф. Ф. Г. Кроткова. М., Медгиз, 1944 г. Стр. 31.

В брошюре «Указания по профилактике авитаминозов в войсках», выпущенной Главвоенсанупром в издании Медгиза, даются краткие сведения по профилактике авитаминозов в войсках. Читатель найдет в брошюре необходимые данные о свойствах витаминов, потребности в них, об использовании естественных витаминоносителей, о способах приготовления пищи, гарантирующих сохранение в ней необходимых организму витаминов, о методах контроля витаминной активности пищи и, наконец, описание простейших способов изготовления витаминных препаратов.

В конце брошюры перечисляются промышленные препараты витаминов, принятые на снабжение Красной Армии, приводятся таблицы содержания витаминов в наиболее распространенных пищевых продуктах.

Справочник по акушерству и гинекологии. Под редакцией проф. И. Ф. Жорданиа и Е. И. Кватер. М., Медгиз, 1944. Стр. 93.

Главвоенсанупр Красной Армии в издании Медгиза выпустил «Справочник по акушерству и гинекологии». Справочник предназначается главным образом для врачей полевой медицинской службы. Читатель найдет в нем краткие инструктивные указания по методике диагностики и терапии гинекологических и акушерско-гинекологических заболеваний. В конце справочника приводятся лекарственные прописи, применяемые в акушерстве и гинекологии.

Полковник медицинской службы ***С. М. Багдасарьян***

★

ОПЕЧАТКИ

	Напечатано:	Следует читать:
В номере за сентябрь—октябрь 1944 г. на стр. 37 — заголовок статьи и на стр. 63 — в содержании	Подполковник медицинской службы В. П. Барсуков	Полковник медицинской службы А. Я. Флеровский
В номере за январь—февраль 1945 г. на стр. 7, 6-й абзац сверху	...Петербургский адмиралтейский—в 1816 г.,	...Петербургский адмиралтейский—в 1716 г.,

ВОПРОСЫ ВОЕННОЙ ГИГИЕНЫ

Генерал-майор медицинской службы проф. Ф. Г. Кротков. Гигиена питания войск по опыту Великой отечественной войны 45

ОБМЕН ОПЫТОМ

Капитан медицинской службы М. А. Хомутова. Определение свинца в полуде в присутствии железа и меди в полевых условиях 54

Гвардии майор медицинской службы Б. В. Кекало. Аппарат для капельного переливания крови 55

Врач П. Бизяева. Техника подсчета крови в камере Горяева 56

Майор медицинской службы А. И. Волков. Термоиндикатор 57

Майор медицинской службы канд. мед. наук Я. Н. Трахтман. Приспособление для закрывания крышки в полевой уборной 58

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник медицинской службы Н. Н. Тимофеев. Рецензия на книгу: Акад. В. П. Осипов. «Вопросы психиатрического распознавания и определения годности к военной службе» 60

НОВЫЕ КНИГИ

THE PROBLEMS OF THE MILITARY HYGIENE

Acad. F. G. Krotkov, Major-general, Medical Corps. Hygiene of the Army food Supply on the Great patriotic war 45

INTERCHANGE OF EXPERIENCE

M. A. Khomutova. Captain, Medical Corps. Determination of the lead in the tin in the presence of the iron and copper under field conditions 54

B. V. Kekalo, Major in Guards, Medical Corps. An apparatus for the drip blood transfusion . 55

P. Bizlaeva, Physician. Technics of the counting of the blood cells in Goriaev's camera. . . . 56

A. I. Volkov, Major, Medical Corps. A thermoindicator . . . 57

Cand. in med. sci. Y. N. Trakhtman, Major, Medical Corps. An appliance, which secures closing of the lid in a field chalet . . 58

CRITICISM AND BIBLIOGRAPHY

Academy member V. P. Ossipov. Problems of psychiatric diagnosis and determination of fitness fo military service, rev. by N. N. Timofeev, Colonel, Medical Corps. 60

NEW BOOKS

★

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ КРАСНОЙ АРМИИ

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

АПРЕЛЬ — МАЙ

МЕДГИЗ
1945

СОДЕРЖАНИЕ

Приказ Верховного Главнокомандующего 3
Н. И. Александров. Илья Ильич Мечников 6
Проф. А. А. Вишневский. К хирургии инородных тел средостения 9
К. Д. Пяткин. Противоэпидемическое обеспечение войск в наступательной операции 15
Проф. И. Ф. Жордания. Об участии гинекологов в санитарно-эпидемиологической разведке в действующей Красной Армии 17
Т. И. Гордышевский. К классификации огнестрельных ранений гортани и глотки 21
Проф. П. Е. Калмыков. Простые (нелабораторные) методы количественного контроля готовой пищи 24
В. П. Тарицын. Образцовый санитарный склад . . . 29
Проф. М. П. Демьянович. Пятая модификация метода проф. Демьяновича 32
А. Н. Бабийчук. Некоторые вопросы лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий частей ВВС на Кубани и Керченском полуострове в 1943 и 1944 гг. . . . 35
И. Б. Коган. Гигиеническая оценка питьевых вод в Восточной Пруссии 37

ОБМЕН ОПЫТОМ

Д. Е. Джемс-Леви. Лечение потливости ног уротропином 38
А. Н. Обросов. Комплект передвижной физиотерапевтической аппаратуры 38
Ф. Рудаков. Фигурно-цветные марки в практике врача-сортировщика 41
В. В. Шунаев. Авиаметод в борьбе с грызунами 42

CONTENTS

The order of Commander-in-Chief 3
N. I. Alexandrov. Ilya Ilyich Mechnikov 6
Prof. A. A. Vishnevsky. To the surgery of the foreign bodies of the mediastinum . . 9
K. D. Piatkin. Antiepidemic security of the army troops during the offensive 15
Prof. I. F. Jordania. On assistance of gynecologists in the sanitary-epidemiological reconnaissance in the active Red Army 17
T. I. Gordyshevsky. To the classification of the gunshot damages of both the larynx and pharynx 21
Prof. P. E. Kalmykov. The simple (non-laboratory) methods of the quantitative control of the prepared food 24
V. P. Taritsyn. The exemplary sanitary storehouse . . . 29
Prof. M. P. Demyanovich. The fifth modification of prof. Demyanovich's method 32
A. N. Babiichuk. Some questions of the medical-evacuational security of the battle-actions of the units of M. A. at Kuban and Kerch peninsula in 1943 and 1944 35
I. B. Kogan. Hygienic evaluation of drinking water in East Prussia 37

INTERCHANGE OF EXPERIENCE

D. E. James-Levi. The treatment of the feet disposition to perspire with urotropine . . 38
A. N. Obrosov. A set of travelling physiotherapeutic apparatus 38
F. Rudakov. Figured-coloured stamps — in the practice of the physician-sorter 41
V. V. Shunaev. The aviamethod in the struggle against rodents 42

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
КРАСНОЙ АРМИИ

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ
Ответственный секретарь
полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ

Члены редколлегии:
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-полковник медицинской службы Н. Н. БУРДЕНКО,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал-майор медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН

АПРЕЛЬ — МАЙ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1945

ПРИКАЗ
Верховного Главнокомандующего

1 мая 1945 г. № 20 г. Москва

Товарищи красноармейцы и краснофлотцы, сержанты и старшины, офицеры армии и флота, генералы и адмиралы!

Трудящиеся Советского Союза!

Сегодня наша страна празднует Первое мая, — международный праздник трудящихся.

В этом году народы нашей Родины встречают день Первого мая в обстановке победоносного завершения Великой Отечественной войны.

Ушли в прошлое и не вернутся больше тяжёлые времена, когда Красная Армия отбивалась от вражеских войск под Москвой и Ленинградом, под Грозным и Сталинградом. Ныне наши победоносные войска громят вооружённые силы противника в центре Германии, далеко за Берлином, на реке Эльба.

За короткий срок освобождены Польша, Венгрия, большая часть Чехословакии, значительная часть Австрии, столица Австрии — Вена.

Красная Армия овладела при этом Восточной Пруссией — гнездом немецкого империализма, Померанией, большей частью Бранденбурга и главными районами столицы Германии — Берлина, водрузив над Берлином знамя победы.

В результате этих наступательных боёв Красной Армии немцы потеряли в течение трех—четырех месяцев более 800 тысяч солдат и офицеров пленными и около миллиона убитыми. За это же время части Красной Армии захватили и уничтожили до 6.000 вражеских самолётов, до 12.000 танков и самоходных орудий, более 23.000 полевых орудий и огромное количество других видов вооружения и снаряжения.

Следует отметить, что в этих боях бок о бок с Красной Армией успешно наступали против общего врага польские, югославские, чехословацкие, болгарские и румынские дивизии.

В результате сокрушительных ударов Красной Армии немецкое командование было вынуждено перебросить на советско-герман-

ский фронт десятки дивизий, оголяя целые участки на других фронтах. Это обстоятельство помогло войскам наших союзников развернуть успешное наступление на западе. При этом путём одновременных ударов против немецких войск с востока и запада войскам союзников и Красной Армии удалось рассечь немецкие войска на две, оторванные друг от друга части и осуществить соединение наших и союзных войск в единый фронт.

Не может быть сомнения, что это обстоятельство означает конец гитлеровской Германии.

Дни гитлеровской Германии сочтены. Более половины её территории занято Красной Армией и войсками наших союзников. Германия лишилась важнейших жизненных районов. Оставшаяся в руках гитлеровцев промышленность не может снабжать немецкую армию достаточным количеством вооружения, боеприпасов и горючего. Людские резервы немецкой армии исчерпаны. Германия полностью изолирована и оказалась в одиночестве, если не считать её союзницы — Японии.

В поисках выхода из своего безнадёжного положения гитлеровские авантюристы идут на всевозможные фокусы вплоть до заигрывания с союзниками, стремясь вызвать разлад в лагере союзников. Эти новые жульнические трюки гитлеровцев обречены на полный провал. Они могут лишь ускорить развал немецких войск.

Лживая фашистская пропаганда запугивает немецкое население вздорными россказнями—будто армии Объединённых Наций хотят истребить германский народ. В задачу Объединённых Наций не входит уничтожение германского народа. Объединённые Нации уничтожат фашизм и германский милитаризм, сурово накажут преступников войны и заставят немцев возместить ущерб, который они причинили другим странам. Но Объединённые Нации не трогают и не тронут мирного населения Германии, если оно лойяльно будет выполнять требования союзных военных властей.

Блестящие победы, одержанные советскими войсками в Великой Отечественной войне, показали богатырскую мощь Красной Армии и её высокое воинское мастерство. Наша Родина в ходе войны получила первоклассную кадровую армию, способную отстоять великие социалистические завоевания нашего народа и обеспечить государственные интересы Советского Союза.

Несмотря на то, что Советский Союз почти четыре года ведёт невиданную по своим масштабам войну, требующую колоссальных затрат, наша социалистическая экономика укрепляется и растёт, а хозяйство освобождённых областей, разграбленное и разрушенное немецкими захватчиками, успешно и быстро возрождается. Это является результатом героических усилий рабочих и колхозников, советской интеллигенции, женщин и молодёжи нашей страны, вдохновляемых и направляемых великой большевистской партией.

Мировая война, развязанная германскими империалистами, подходит к концу. Крушение гитлеровской Германии — дело самого ближайшего будущего. Гитлеровские заправилы, возомнившие себя властелинами мира, оказались у разбитого корыта. Смертельно ра-

неный фашистский зверь находится при последнем издыхании. Задача теперь сводится к одному — доканать фашистского зверя.

ВОИНЫ КРАСНОЙ АРМИИ И ВОЕННО-МОРСКОГО ФЛОТА!

Идет последний штурм гитлеровского логова. В завершающих боях покажите новые образцы воинского умения и отваги. Крепче бейте врага, умело взламывайте его оборону, преследуйте и окружайте немецких захватчиков, не давайте им передышки, пока они не прекратят сопротивления.

Находясь за рубежом родной земли, будьте особенно бдительны!

Попрежнему высоко держите честь и достоинство советского воина!

ТРУДЯЩИЕСЯ СОВЕТСКОГО СОЮЗА!

Упорным и неутомимым трудом умножайте всестороннюю помощь фронту. Быстро залечивайте раны, нанесённые стране войной, поднимайте ещё выше мощь нашего советского государства!

Товарищи красноармейцы и краснофлотцы, сержанты и старшины, офицеры армии и флота, генералы и адмиралы!

Трудящиеся Советского Союза!

От имени Советского Правительства и нашей большевистской партии приветствую и поздравляю вас с днём Первого мая!

В честь исторических побед Красной Армии на фронте и великих успехов рабочих, колхозников и интеллигенции в тылу, в ознаменование международного праздника трудящихся —

ПРИКАЗЫВАЮ:

Сегодня, 1 мая, произвести салют в столицах Союзных республик: Москве, Киеве, Минске, Баку, Тбилиси, Ереване, Ашхабаде, Ташкенте, Сталинабаде, Алма-Ате, Фрунзе, Петрозаводске, Кишиневе, Вильнюсе, Риге, Таллине, а также в городах-героях: Ленинграде, Сталинграде, Севастополе и Одессе — двадцатью артиллерийскими залпами.

Да здравствует наша могучая Советская Родина!

Да здравствует великий советский народ, народ-победитель!

Да здравствуют победоносные Красная Армия и Военно-Морской Флот!

Вечная слава героям, павшим в боях за свободу и независимость нашей Родины!

Вперёд, за окончательный разгром гитлеровской Германии!

Верховный Главнокомандующий
Маршал Советского Союза И. СТАЛИН.

Подполковник медицинской службы канд. мед. наук

Н. И. АЛЕКСАНДРОВ

ИЛЬЯ ИЛЬИЧ МЕЧНИКОВ

(к 100-летию со дня рождения)

В мае 1945 г. научная общественность Советского Союза отмечает 100-летие со дня рождения великого русского ученого и мыслителя Ильи Ильича Мечникова.

И. И. Мечников заслуженно считается, наряду с Сеченовым, Тимирязевым и Павловым, выдающимся классиком естествознания. Он по праву считается также одним из основоположников медицинской микробиологии.

Важной чертой биографии Мечникова является его упорная борьба с представителями немецкой науки. Сухие и бездушные педанты, игравшие роль жандармов в науке, немецкие ученые не могли, разумеется, понять Мечникова, который, по образному выражению Шарля Николя, являлся «поэтом микробиологии». Трудно сказать, кто сыграл в жизни Мечникова, особенно в юные годы, более гнусную роль: царские чиновники или немецкие ученые. Во всяком случае незадолго до смерти Мечников писал в своем дневнике: «Если может казаться, что смерть в 68 лет и 5 месяцев преждевременна, то нельзя забыть того, что я начал жить очень рано (уже в 18 лет я напечатал первую научную работу), что всю жизнь очень волновался, прямо кипел. Полемика по поводу фагоцитов могла убить или совершенно ослабить меня еще гораздо раньше. Бывали минуты (помню, например, нападки Любарша в 1889 г. и Пфейфера в 1884 г.), когда я готов был расстаться с жизнью».

Великого русского ученого неизменно преследовали на всем протяжении его жизни бездушие и бюрократизм царских чиновников, вынудивших его работать за пределами горячо любимой им родины, и беспрерывная травля со стороны

немецких ученых, вынудивших Мечникова потратить огромное количество времени, энергии и труда на бесплодные дискуссии с ними.

Мечников был во всех отношениях глубоко русским человеком и патриотом. Он родился 3 мая 1845 г. в Купянском уезде Харьковской губернии. Окончив в 1862 г. с золотой медалью Харьковскую гимназию, Мечников поступил на естественное отделение в Харьковский университет, который окончил в 1864 г., сдав все экзамены четырех курсов факультета за 2 года. Еще будучи студентом, Мечников опубликовал свою первую научную работу, в которой показал отсутствие аналогии между мускульной тканью и стеблем сувойки. На эту работу обрушился немецкий ученый Кюне. Студент Мечников вступил в полемику с ученым немцем и блестяще доказал правильность своих исследований.

По окончании университета Мечников отправился с целью заработка в северную экспедицию и в течение лета работал на Гельголанде, изучая фауну Северного моря. За эту работу под названием «Исследование фабрицией Северного моря» ему в том же году заочно была присуждена степень кандидата наук. По совету своих учителей и друзей Мечников возбудил ходатайство о предоставлении ему заграничной командировки для углубления знаний и подготовки к научной деятельности. Министерские чиновники ответили отказом, мотивируя его стереотипной формулой: «Нет средств». Лишь после вторичного ходатайства, поддержанного великим русским хирургом Н. И. Пироговым, Мечникову была предоставлена двухгодичная командировка за границу. «Благодаря Николаю Ивановичу, — писал Мечников, — я получил возможность спокойно работать». С этого времени Мечников всецело отдается научно-исследовательской деятельности.

Более полувека продолжалось научное творчество Мечникова. За это время им было изучено огромное количество вопросов и выполнено громадное количество работ, объединенных единой идеей.

Огромная эрудиция, глубина теоретических воззрений, выдающееся экспериментальное мастерство и исключительная способность к широким биологическим обобщениям позволили Мечникову объединить все свои, казалось бы, разнообразные работы в одно гармоничное целое.

К вопросам микробиологии, которая особенно многим обязана Мечникову, он подошел не сразу. Его переход к медицинской микробиологии явился логическим продолжением предшествовавших 20-летних работ в области биологии, где Мечников выступил последовательным сторонником Дарвина.

Уже в самом начале своих работ Мечников в поисках промежуточного звена между одноклеточными и многоклеточными установил факт колоссальной важности. Он доказал наличие внутриклеточного пищеварения, что в последующем сыграло огромную роль в обосновании его теории фагоцитоза.

В 1867 г. Мечникову была присуждена без экзаменов степень магистра зоологии и в том же году он вместе со своим другом А. Ю. Ковалевским получил первую беровскую премию за выдающиеся труды по сравнительной эмбриологии беспозвоночных. Вскоре он получил степень доктора зоологии.

Несмотря на мировое признание таланта и горячие рекомендации И. М. Сеченова, Мечникову не удается получить кафедру в Военно-хирургической академии. Его попытки развернуть научно-исследовательскую работу в Новороссийске, а затем в Одессе также не имели успеха. После ряда тяжелых столкновений с реакционными чиновниками всех рангов и глубоких личных переживаний Мечников вынужден был покинуть родину и переехать в Париж, где и работал в течение 28 лет, до самой смерти.

Перед отъездом за границу летом 1882 г. Мечников провел некоторое время в деревне. Там ему пришлось наблюдать большие опустошения, причиняемые посевам хлебным жуком (кузькой). Мечников обнаружил, что жуки погибают от какого-то грибкового заболевания. Из этого наблюдения родилось практическое предложение использовать для борьбы с вредителем заражение полей патогенным для жуков грибком. «Таким образом, — пишет В. Л. Омелянский, — в области прикладной энтомологии был введен новый плодотворный микологический принцип борьбы с вредителями-насекомыми, с тех пор оказавший большие услуги земледелию. В этом примере — весь Мечников с его тонкой наблюдательностью, широким творческим умом и умением настойчиво проводить в жизнь свои теоретические замыслы».

Осенью 1882 г. Мечников с семьей уехал за границу. Там он целиком погрузился в научную работу и в том же году поставил известный опыт с личинкой морской звезды и розовым шипом, ставший впоследствии знаменитым. «Этот последний, — пишет Мечников, — и составил основу теории фагоцитов, разработке которой были посвящены последующие 25 лет моей жизни».

В 1883 г. Мечников опубликовал свою работу «О внутриклеточном пищеварении у беспозвоночных» и тогда же впервые сообщил о феномене фагоцитоза применительно к иммунитету в докладе на тему: «Целебные силы организма». Год спустя он подробно изучил явления фагоцитоза при заболевании, вызванном патогенными микроорганизмами, наблюдая инфекционную болезнь у водяных блох — дафний. Эти знаменитые исследования Мечникова совпали по времени с гениальными открытиями Пастера; они заложили фундамент медицинской микробиологии и иммунологии.

В 1891 г. Мечников был избран почетным доктором Кембриджского университета. В том же году он отстоял на международном конгрессе гигиенистов свою фагоцитарную теорию. Подведя итог своих десятилетних исследований по фагоцитозу, он опубликовал классическое произведение — «Лекции по сравнительной патологии воспаления».

В 1892 г. в Европе разразилась большая эпидемия холеры. Мечников с его страстной натурой не мог оставаться равнодушным наблюдателем этого страшного народного бедствия. Убедившись в невосприимчивости к холере животных, он без колебаний ставит опыт на себе и случайно остается здоровым. В то время этиология этого заболевания еще не была установлена и Мечников сомневался в болезнетворном значении холерного вибриона. После опыта на себе он рискнул повторить его на своих сотрудниках, из которых двое заболели тяжелой формой холеры. Этиологическая роль холерного вибриона этими опытами была окончательно доказана.

Мечников с сотрудниками сыграли немалую роль в развенчании локалистической теории Петтенкофера. Изучение холероподобных вибрионов также связано с работами его и его ученика Сапарелли. Не менее интересны исследования Мечникова по сифилису, показавшие возможность прививки сифилиса обезьянам и предохранительное значение ртутных препаратов.

В сентябре 1895 г. умер Пастер. После смерти Пастера руководителями института его имени, являвшегося мировым центром бактериологии, десятки лет оставались Мечников и его ближайший друг Ру. Излишне говорить об огромной роли Мечникова на протяжении этого периода.

В 1901 г. Мечников опубликовал свой капитальный труд «Невосприимчивость в инфекционных болезнях», поражающий размахом и глубиной изложенных в нем теоретических обобщений.

С 1902 г. Мечников переходит от вопросов иммунитета к изучению проблемы старости. Придя к выводу, что старость есть хронически развивающаяся болезнь, он настойчиво ищет способов борьбы с ней с целью продления человеческой жизни.

В 1903 г. Мечников выпустил в свет «Этюды о природе человека», а в 1907 г. «Этюды оптимизма» — работу, явившуюся дальнейшим развитием идей, заложенных в «Этюдах о природе человека». Оба эти произведения представляют собой вдохновенный гимн могуществу разума и науки. В них нашел отражение образ великого ученого, гуманиста, думающего о человеке и сохранении его жизни.

В 1908 г. Мечникову вместе с Эрлихом была присуждена Нобелевская премия.

В 1913 г. мир услышал «лебединую песнь» Мечникова — «Сорок лет искания рационального мировоззрения». Это произведение завершило триаду научно-философских сочинений великого русского ученого.

Признанный классик естествознания К. А. Тимирязев посвятил следующие строки последнему произведению И. И. Мечникова: «Во всяком случае не инстинктом, а разумом, не спиритизмом или оккультизмом, не мистикой или метафизикой, а благодаря своей высшей культуре в состоянии человек подготовить себе счастливое существование и бесстрашный конец; только при помощи науки в состоянии он исправить несовершенства своей природы».

В работах Мечникова по сравнительной эмбриологии, по патологии воспаления, по фагоцитарной теории иммунитета, а также в его широких теоретиче-

ских обобщениях нашли истоки многочисленные последующие теории как в микробиологии, так и в общей патологии. Так, например, Ашоф указывает, что «для тех, кто знаком с работой Мечникова и его учеников, позднейшие исследования об участии ретикуло-эндотелиальной системы в иммунизаторных процессах не представляют собой в основном ничего нового». Акад. Н. Н. Аничков пишет, что «наблюдения заставили в последнее время признать важное значение явления фагоцитоза клетками ретикуло-эндотелиальной системы для иммунитета, т. е. в сущности вернуться к взглядам Мечникова, лишь в несколько измененной форме». Акад. А. А. Богомолец в книге «Продление жизни» указывает, что «Старая идея великого русского ученого Мечникова о значении управления бактерийным насыщением кишечника далеко еще не использована в практике жизни. А между тем она может дать нам очень много полезного».

Излишне говорить, что теории А. М. Безредка об органотропности инфекций и об иммунитете клеток являются прямым продолжением и развитием основных положений учения Мечникова.

Величие Мечникова как ученого, мыслителя и гуманиста трудно переоценить. Его значение в микробиологии и естествознании огромно. Он оставил после себя научное наследство, которое еще долго будет питать науку и научно-исследовательскую мысль. «Я очень хорошо знаю, — писал Мечников, — что многое у меня гипотетично, но так как положительные данные добываются именно при помощи гипотез, то я нисколько не колебался в опубликовании их. Более молодые силы займутся их проверкой и дальнейшим развитием. Пусть они примут мою попытку за род завещания отживающего поколения новому».

Замечательной особенностью Мечникова, так же как и Пастера, являлось чуткое и внимательное отношение к научной молодежи. Благодаря этому они оставили после себя большое количество учеников, оказав тем самым неоценимую услугу науке. Имена многочисленных учеников Мечникова (Борде, Безредка, Чистович, Вейнберг, Бюрне, Тарасевич, Вольман и др.) хорошо известны всему цивилизованному миру.

Илья Ильич Мечников умер 15 июля 1916 г., не дожив лишь одного года до тех великих событий, которые преобразовали его родину, поставив ее во главе передовых государств мира. Память о Мечникове, выдающемся русском ученом, являющемся гордостью русской и мировой науки, глубоко чтут в Советском Союзе, где наука получила те условия развития и процветания, о которых всю жизнь мечтал Мечников.

Родина Мечникова к 100-летию со дня рождения великого ученого завершила величайший акт гуманности, разгромив немецкий фашизм. Этот разгром является лучшим памятником потомков своему великому предку.

★

Полковник медицинской службы

проф. А. А. ВИШНЕВСКИЙ

К ХИРУРГИИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ СРЕДОСТЕНИЯ

Ранения средостения встречаются в настоящую войну, повидимому, значительно чаще, чем кажется на первый взгляд. Мы пока не имеем возможности привести точные статистические данные относительно частоты слепых ранений средостения. Однако, когда нами на двух фронтах (Волховском и Карельском) были выделены в специализированных госпиталях для лечения ранений грудной клетки отделения для раненых в средостение, то на общее число 400—600 раненых в этих отделениях всегда приходилось по 6—8 случаев слепых ранений средостения различной локализации. Перед лечащими врачами нередко вставал вопрос о том, как поступать с этими ранеными: вести ли их консервативно или прибегать к оперативному вмешательству. Несмотря на то, что за

период Отечественной войны этот вопрос получил некоторое освещение в работах А. Г. Савиных, А. К. Шипова, М. М. Ляховицкого и других исследователей, склоняющихся к хирургическому лечению при слепых ранениях средостения, единого взгляда на этот счет пока не существует. Вот почему мы считаем вполне своевременным сообщить о своем опыте лечения слепых ранений средостения и нашу точку зрения по этому вопросу.

Клинические проявления слепых ранений средостения варьируют в довольно значительных пределах в зависимости от размеров инородного тела, локализации его в самом средостении и возможных сопутствующих осложнений. В этом отношении удобно делить средостение, соответственно предложению Лилиенталя (Lilienthal) на четыре отдела: а) передне-верхний, б) передне-нижний, в) задне-верхний и г) задне-нижний. Такое деление оправдывает себя как со стороны удобств топической диагностики, так и с точки зрения выбора того или иного оперативного доступа к инородному телу.

В настоящей статье мы хотим поделиться лишь тем опытом, который накопился у нас по удалению инородных тел из нижних отделов средостения трансдиафрагмальным путем. Всего нами было удалено 22 инородных тела: 5 из передне-нижнего отдела средостения (одна винтовочная, одна автоматная пуля и 3 осколка мин и артиллерийских снарядов) и 17 из задне-нижнего отдела средостения (5 винтовочных, 3 автоматных пули и 9 осколков мин и артиллерийских снарядов). Кроме того, в одном случае нами была предпринята операция по поводу наличия в этом же отделе средостения небольшого осколка, найти который не удалось. Все раненые оперированы в сравнительно поздние сроки после ранения: от месяца до года и даже немного позже.

Жалобы больных при наличии инородных тел в средостении чаще всего сводятся к затруднению дыхания, одышке при быстрой ходьбе, болевым ощущениям в глубине грудной клетки с приблизительным совпадением болевой точки с точкой проекции инородного тела на грудную стенку, в более редких случаях к дисфагическим явлениям и вазомоторным расстройствам. Можно отметить известные закономерности между локализацией инородных тел средостения и характером вызываемых ими жалоб. Так, инородные тела передних отделов средостения часто вызывают чувство стеснения в груди и боль в грудной клетке, особенно в сердечной области. Иногда отмечаются те или другие функциональные расстройства сердечной деятельности. В одном случае, когда осколок был расположен в полости перикарда, мы наблюдали «вынужденное положение», при котором раненый все время находился в согнутом положении. После удаления осколка раненый перестал принимать это положение. Инородные тела задних отделов средостения чаще дают боли в спине, одышку, дисфагию.

Наличие инородного тела в средостении не всегда вызывает жалобы со стороны раненых; приблизительно в 50% случаев жалобы совершенно отсутствуют; разумеется, при этом нет и показаний для оперативного вмешательства. В ряде случаев мелкие инородные тела и даже автоматные пули хотя и вызывают те или иные жалобы, но не подлежат с нашей точки зрения удалению, потому что отыскать их в клетчатке средостения довольно трудно. В этом случае сложность оперативного вмешательства не оправдывается теми скромными клиническими достижениями, ради которых оно предпринимается. Однако нужно подчеркнуть одно обстоятельство: близко лежащие к пищеводу осколки, даже небольшие, иногда вызывают жалобы дисфагического характера. В основе их могут лежать рубцовые изменения, вызывающие деформацию пищевода, напоминающую тракционный дивертикул. На нашем материале несколько раз встречались такие деформации пищевода, подтвержденные рентгенологическим исследованием. В этих случаях удаление осколков, как правило, приводит к полному устранению болезненных симптомов. То же необходимо отметить и в отношении инородных тел, локализующихся в ножках диафрагмы вблизи foramen oesophageum. Образующиеся здесь рубцы также могут явиться причиной различного рода дисфагических явлений и обязывают к оперативному вмешательству. Мы считаем, что в этих случаях оперативное вмешательство в легко доступном задне-нижнем отделе средостения следует предпринимать иногда даже независимо от размера осколка, так как оно оправдает себя даже тогда, когда хирург не удалит осколка, а ограничится лишь разъединением рубцовых образований, деформирующих пищевод.

Абсолютным показанием к удалению инородных тел из средостения является наличие долго не заживающих, не поддающихся консервативному лечению свищей.

Мы считаем необходимым еще раз указать, что доступ к инородным телам средостения различен в зависимости от их локализации в одном из четырех указанных выше отделов. Доступ к клетчатке переднего средостения при нашем методе обезболивания, являющимся одновременно способом «гидравлической препаровки тканей», как правило, осуществляется без вскрытия серозных полостей плевры. Для более свободной ревизии клетчатки переднего средостения мы рекомендуем делать резекцию одного или двух реберных хрящей и в случае необходимости перевязать a. mammaria interna.

Наиболее сложным является доступ к задне-верхнему отделу средостения. Попытки экстраплеврального подхода к этому отделу (после резекции паравертебральных участков двух, трех и даже большего количества ребер) не всегда кончаются успехом, более надежен трансплевральный доступ (после предварительного повторного наложения пневмоторакса и с применением шейной вагосимпатической блокады).

Мы ограничимся лишь подробным изложением техники операций на передне-нижнем и задне-нижнем отделах средостения. В обоих случаях мы пользуемся трансдиафрагмальным доступом: для передне-нижнего отдела средостения передней экстраперитонеальной диафрагмотомией, предложенной Моклер-Фуксиг (Mauclaire-Fuchsig), а для задне-нижнего отдела средостения — задней трансперитонеальной диафрагмотомией, разработанной А. Г. Савиных.

Техника операции на передне-нижнем отделе средостения следующая. После двусторонней вагосимпатической блокады 40—50 см³ нашего раствора с каждой стороны под местной инфильтрационной анестезией строго по средней линии делают разрез кожи, заходящий на 5—6 см выше мечевидного отростка и книзу до середины расстояния между мечевидным отростком и пупком. Вслед за разрезом кожи (последняя несколько отсепаровывается в обе стороны) производят пропитывание анестезирующим раствором прямых мышц живота. Затем переходят к основному моменту инфильтрационной анестезии, которая осуществляется одновременно как «гидравлическая препаровка» — отделение брюшины от нижней поверхности диафрагмы. Обильную инъекцию анестезирующего раствора производят по всей белой линии на месте будущего разреза, особенно в верхней ее части. При этом вкалывают иглу по средней линии, непосредственно под верхушку мечевидного отростка, в направлении под него и несколько вверх и, не вынимая иглу, вводят несколько шприцев (60—80 см³) раствора. После этого следует осторожный разрез по средней линии до предбрюшинной клетчатки. Брюшную полость при этом не вскрывают. Крючками, наложенными в верхнем углу операционной раны, разводят прямые мышцы живота. Всю предбрюшинную клетчатку вместе с брюшиной тупым путем отслаивают кзади и книзу, сначала от передней брюшной стенки, а затем от задней поверхности грудины и нижней поверхности мышц диафрагмы. Имеющееся здесь «депо» анестезирующего раствора гарантирует успех этого мероприятия и предупреждает нарушение целостности брюшины. Хирург сам определяет необходимый ему свободный от брюшины размер поверхности диафрагмы и место, где необходимо произвести ее рассечение. В место будущего рассечения диафрагмы мы производим еще одну инъекцию раствора (30—40 см³) с тем, чтобы отслоить плевру и обезопасить ее от ранения. Теперь совершенно свободно тупым или острым путем можно произвести рассечение диафрагмы и пальцем пройти в передне-нижний отдел средостения, а в случае необходимости вскрыть перикард и произвести ревизию всей нижней его части. Имеющееся инородное тело удаляют, его ложе протирают спиртом и к нему подводят небольшой, пропитанный мазью марлевый выпускник. Послойный шов раны. Повязка. Общий расход раствора новокаина для этой операции равен 200—300 см³.

Послеоперационный период протекает, как правило, гладко и не требует никаких специальных мероприятий.

В качестве иллюстрации приводим краткое описание 2 случаев, оперированных нами:

1. Красноармеец Ж., 1923 года рождения. В июне 1944 г. слепое ранение осколком мины. Входное отверстие раневого канала спереди и слева от грудины. Месяц лежал в ПМГ. По ходу раневого канала свищ с периодическим

отделением гноя. Температура по вечерам субфебрильная. Жалуется на боли при глубоком вдохе. Частые сердцебиения. Объективно со стороны внутренних органов ничего не отмечается, лишь в левом легком имеется участок с несколько ослабленным дыханием. При рентгеновском исследовании грудной полости — большой осколок в передне-нижнем отделе средостения за грудиной, примерно на 2 см выше диафрагмы, не соприкасающийся с сердцем.

16.VII операция по вышеописанной методике. Осколок удален. Величина его 2,5 × 1,5 см. Лежал в небольшой полости, образовавшейся вследствие некроза медиастинальной клетчатки. Картина ограниченного, вяло текущего медиастинита.

Операция прошла гладко. Послеоперационное течение без каких-либо осложнений. Свищ закрылся через две недели, и больной через месяц был выписан в батальон выздоравливающих.

2. Лейтенант Н., 1920 года рождения. В апреле 1944 г. слепое ранение пулей. Входное отверстие на левой половине грудной клетки сзади. Отмечал после ранения продолжительное кровохаркание. Развился гемоторакс, который был быстро ликвидирован повторным откачиванием.

Через месяц после ранения больной поступил под наше наблюдение. Жалуется на сильную одышку даже при небольшом движении, сердцебиение, щемящую боль в области сердца, потливость, которую раньше не отмечал, и частую гиперемию лица.

При физикальном исследовании ничего патологического не обнаружено. При рентгеновском исследовании в передне-нижнем отделе средостения обнаружена пуля, двигающаяся синхронно сердцу, по всей своей массой выходящая из тени последнего. По заключению рентгенолога пуля расположена вплотную к сердцу, ниже и сзади его верхушки, вне мышечной стенки (повидимому, в полости перикарда).

7.V. Операция по вышеописанной методике. Экстраперитонеальная диафрагмотомия. Перикард надсечен; имеются крепкие сращения с сердцем. Сращения разъединены пальцем. Немного сзади верхушки сердца в сращениях обнаружена винтовочная пуля. Вновь образованная после разъединения сращений полость перикарда протирается сначала 3% раствором кокаина, а затем спиртом. Перикард зашивается редкими швами, к нему снаружи в средостение подводится пропитанный мазью небольшой марлевый выпускник. Послойный шов раны, повязка.

Послеоперационное течение совершенно гладкое. Рана зажила первичным натяжением. Все болевые ощущения исчезли. Раненый через 3 недели после операции получил месячный отпуск и уехал домой.

Ограничиваемся приведением этих 2 случаев, которых вполне достаточно, чтобы показать всю целесообразность этого доступа к передне-нижнему отделу средостения. На Волховском и Карельском фронтах, где нам пришлось руководить хирургической работой, эта операция широко применялась, и, пользуясь ею, хирурги с успехом удаляли инородные тела из передне-нижнего отдела средостения. Так, М. М. Ляховицкий сообщил недавно в печати о 4 случаях извлечения инородных тел из передне-нижнего отдела средостения по этому способу с небольшими изменениями.

Эта операция, вернее доступ к сердцу, предложенный Моклером еще в 1910 г., по справедливому замечанию Джанелидзе, не получила распространения. Больше того, ее периодически забывали и даже повторно открывали (Фуксиг[1] и др.). И на это, по нашему мнению, имеются свои основания. Как доступ к сердцу для последующего оперативного вмешательства на нем он неудобен; к тому же отслаивание брюшины от диафрагмы в условиях, когда операция производится под общим наркозом, является делом довольно сложным. Брюшина легко может порваться и свести на-нет весь смысл такого рода операции. Однако эти неудобства ни в коей мере не должны служить препятствием к использованию передней экстраперитонеальной диафрагмотомии **под местной анестезией** как метода для удаления инородных тел из передне-нижнего

---

[1] Последний исследованиями на трупах установил, что этим путем возможно без ранения брюшины и плевры с помощью рассечения диафрагмы и перикарда обнажить небольшую поверхность сердца (цит. по Джанелидзе).

отдела средостения, из полости перикарда, а также для лечения гнойных перикардитов.

Противопоказанием к применению этого метода могут служить лишь особенности анатомо-топографического положения инородного тела, когда последнее располагается слишком высоко и латерально.

Техника операций на задне-нижнем отделе средостения, также произведенных нами под местной анестезией, следующая.

Предварительно делают шейную ваго-симпатическую блокаду — двустороннюю или только на левой стороне. Затем тщательно анестезируют переднюю брюшную стенку по средней линии от мечевидного отростка до пупка (кожный желвак и тугая инфильтрация по линии будущего разреза). После обнажения белой линии анестезирующий раствор нужно обязательно инъицировать во влагалища прямых мышц с каждой стороны до получения полного расслабления прямых мышц. Белую линию анестезируют отдельно. Наконец, после рассечения брюшины раствор вводят изнутри в предбрюшинную клетчатку с каждой стороны разреза. После этого в рану осторожно выводят поперечную ободочную кишку. В корень ее брыжейки, в бессосудистый участок инъицируют некоторое количество раствора, который необходимо продвинуть к корню mesocoli под брюшину, покрывающую двенадцатиперстную кишку и поджелудочную железу. Затем, откинув толстую кишку книзу, вводят раствор между листками малого сальника. Отдельно анестезируют париетальную брюшину, покрывающую левый купол диафрагмы. После этого пересекают левую треугольную и левую часть венечной связки печени. Помощник рукой частично выводит левую долю печени, смещая ее вправо. Желудок широким шпаделем оттесняют книзу и влево, с каждой стороны пищевода через foramen oesophageum инъицируют по 25—30 см³ раствора новокаина, осуществляя этим «гидравлическую препаровку тканей» (отслойку плевры) и блокирование блуждающих нервов, которые при этой операции не перерезываются. Перевязывают проходящие по диафрагме вены и рассекают впереди пищеводное кольцо диафрагмы. Следуя пальцем вдоль пищевода, проходят в средостение.

При такой технике нам удавалось удалять даже высоко сидящие, почти у самой бифуркации трахеи, инородные тела заднего средостения. В некоторых случаях, при сравнительно низком залегании инородного тела, удаление его производилось ad oculos; более высоко сидящие инородные тела приходилось удалять наощупь [1].

После удаления инородного тела ложе его протирают спиртом и припудривают порошком стрептоцида или сульфидина. Операцию заканчивают наложением одного шва на диафрагму и глухим швом брюшной стенки.

Общий расход раствора новокаина для этой операции равен 400—600 см³.

Послеоперационный уход обычный, как после лапаротомии.

Послеоперационное течение во всех наших случаях было гладким. У 3 больных отмечалась нераспространенная послеоперационная пневмония с благоприятным исходом. На 7—8-й день швы снимались, и многих раненых буквально с трудом удавалось удерживать в кровати еще 3—4 дня.

В качестве иллюстрации приводим описание 2 случаев, оперированных нами:

1. Партизан Б., 1921 года рождения, был ранен пулей в марте 1943 г. в левую половину грудной клетки. В течение 1½ месяцев лежал при своем отряде в полевой обстановке, после чего снова продолжал службу в партизанском отряде. Кровохаркания не было. Первые две недели после ранения было тяжело дышать. При поступлении в госпиталь в мае 1943 г. жаловался на боли в груди при дыхании (особенно при глубоком вдохе) и при ходьбе быстрым шагом, а также на одышку. Объективно со стороны внутренних органов ничего особенного не отмечалось. При рентгеновском исследовании грудной полости обнаружена винтовочная пуля несколько влево от средней линии, сантиметра на 3 выше левого купола диафрагмы (между ним и левым желудочком, несколь-

---

[1] Мы в наших условиях не имели металлоискателя, пользование которым при этой операции имеет максимум показаний. Мы не пересекали ножек диафрагмы, хотя прием этот в сочетании с применением инструментария, предложенного А. Г. Савиных, безусловно облегчает манипулирование в задне-нижнем отделе средостения, как мы в этом не раз убеждались при операции по поводу рака кардии.

ко вправо и кпереди от пищевода). Пуля смещается вместе с диафрагмой и на нее передается пульсация сердца.

18.V.1944 г. по вышеописанной методике открыт доступ в задне-нижний отдел средостения. Пуля лежала в соединительнотканной капсуле, которую пришлось рассечь.

Операция прошла гладко; послеоперационное течение без осложнений, почти безлихорадочное. Месяца через полтора после операции раненый уже работал в госпитале санитаром, свободно переносил тяжести и никаких жалоб не предъявлял.

2. Красноармеец-разведчик Г., 1916 года рождения, был ранен осколком мины в сентябре 1943 г. в левую половину грудной клетки. Отмечалось непродолжительное кровохаркание; наблюдался гемоторакс, с которым его повторно эвакуировали. В госпиталях находился 1½ месяца; затем еще около двух недель в БВ. После 2 месяцев пребывания на фронте снова поступил в госпиталь с жалобами на одышку при беге, а также на боли в спине. Кроме того, по временам отмечал затруднение глотания, а иногда даже регургитацию пищи.

При физикальном исследовании ничего особенного не отмечено, кроме некоторого укорочения перкуторного звука и ослабления дыхания в нижних отделах левой половины грудной клетки. При рентгеновском исследовании обнаружено: широкие плоскостенные шварты в нижней части левой половины грудной клетки; ограничение подвижности левого купола диафрагмы. В ретрокардиальном пространстве, сантиметров на 7—8 выше левой половины диафрагмы, между позвоночником и пищеводом обнаружен металлический осколок 2 × 1,5 см. При тугом наполнении пищевода контрастной массой на его контуре отмечается идущий по направлению к осколку небольшой остроконечный выступ, напоминающий тракционный дивертикул.

При операции 12.I.1944 г. осколок оказался заключенным в довольно плотную соединительнотканную капсулу; найдены также обширные рубцовые сращения с пищеводом; которые после удаления осколка были разъединены частью острым путем). Обычная обработка ложа осколка, глухой шов раны. Послеоперационное течение гладкое. Через 7 дней больной чувствовал себя настолько хорошо, что тайком спустился по лестнице со второго этажа в клуб на киносеанс. Через 1½ месяца после операции у больного совершенно отсутствовали боли и дисфагические явления. Оставалась только легкая одышка, которая, по нашему мнению, должна быть поставлена в связь с наличием плевральных сращений.

Подводя итог нашим наблюдениям, мы должны отметить, что после проведенных операций в половине всех случаев исчезали болевые ощущения и расстройства со стороны дыхания. Если имелись дисфагические явления, они, как правило, исчезали. В остальных случаях заметного улучшения после операции не наступало, а в одном случае даже наступило некоторое ухудшение субъективных ощущений.

Возникает вопрос, какой срок после момента ранения следует считать наиболее благоприятным для оперативного вмешательства на средостении. Наш опыт убедил нас в том, что особенно гладкое и легкое послеоперационное течение наблюдается в тех случаях, когда операция предпринимается не раньше 2-3 месяцев с момента ранения, конечно, если к более раннему оперативному вмешательству нет экстренных показаний. Однако нужно учесть, что с течением времени рубцовые изменения тканей прогрессируют и прочность рубцов увеличивается, что в свою очередь увеличивает трудность извлечения инородного тела. Так, в 2 случаях нашего вмешательства мы порвали плевру, так как осколки были с нею плотно сращены. Несмотря на это, операцию удалось благополучно закончить и послеоперационный период протекал без осложнения.

С противопоказанием к внутрибрюшной диафрагмотомии, как доступу к инородным телам в задне-нижнем отделе средостения, на нашем материале в 17 случаях мы встретились 3 раза. Это были свищи с большим количеством гнойного отделяемого, идущие к инородному телу. Мы предпочли оперировать эти случаи, произведя паравертебральную резекцию двух и трех ребер с последующим экстраплевральным подходом к очагу поражения. Осуществление последующего дренирования гнойной полости кажется нам при этом способом более выгодным и безопасным, чем при первом, когда тампоны приходится выводить через брюшную полость.

Две маленькие детали, которые мне хотелось бы подчеркнуть для тех, кто будет делать эту операцию впервые и не имеет еще достаточного опыта:

1. Для уточнения локализации инородного тела необходимо, кроме обычных фасных и профильных рентгенограмм, делать рентгенограмму инородного тела на фоне наполненного барием пищевода и желудка. Уточнение отношений инородного тела с этими органами оказывается очень полезным в момент операции.

2. Вопрос обеспеченности инструментарием. Необходимо иметь длинные куперовские ножницы, длинный иглодержатель и пинцеты, широкие крючки, в противном случае операция из красивой и легкой превращается в свою противоположность. Лучше всего «инструментальный вопрос» разрешается набором, предложенным А. Г. Савиных.

Общие выводы, которые мы можем сделать на основе анализа всего нашего материала, следующие.

Показания к удалению инородных тел из средостения встречаются не больше чем в 40—50% всех случаев слепых ранений средостения.

Для удаления инородных тел из нижнего отдела средостения трансдиафрагмальные способы в ряде случаев могут явиться наиболее удобными: для передне-нижнего — экстраперитонеальная диафрагмотомия, для задне-нижнего — лапаротомия с последующим рассечением диафрагмы. Отмечая все преимущества последнего доступа для удаления инородных тел этой локализации, мы не видим необходимости расширять объем его применения при удалении инородных тел из паренхимы легкого, сердца, а также для лечения гнойных процессов заднего средостения, как это предлагает делать автор данного способа А. Г. Савиных. Делать это можно только в отдельных, строго ограниченных случаях.

Операции удаления инородных тел средостения мы рекомендуем производить под местной футлярной анестезией, которая является при них не только совершенным способом обезболивания, но и важным техническим моментом, облегчающим доступ к инородному телу и обеспечивающим успех всей операции.

При операциях на средостении на нашем материале в 23 случаях мы не имели ни одного смертельного исхода.

★

Майор медицинской службы

доктор мед. наук К. Д. ПЯТКИН

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВОЙСК В НАСТУПАТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ

Выполняя главную задачу — недопущение инфекционных болезней в войсках, мы проводили работу по принципу комплексности мероприятий как в воинских частях, так и среди гражданского населения.

К моменту летнего наступления 1944 г. нами был учтен и использован опыт предшествующей противоэпидемической работы во время наступательных боев — от Витебска до Восточной Пруссии.

В период оборонительных боев и подготовки к наступательным операциям мы поставили себе целью добиться стойкого эпидемического благополучия в воинских частях, среди гражданского населения зоны размещения нашей армии и в населенных пунктах по главным магистралям к станции снабжения.

Работники СЭО проводили систематический контроль в частях, оказывали практическую помощь в своевременном выявлении и изоляции всех температурящих больных, организовали учет и наблюдение за всеми контактировавшими с инфекционными больными, добивались поддержания должного санитарного состояния людского состава, жилья, режима питания и водоснабжения. Этими мероприятиями мы достигли стабильного эпидемического благополучия в частях армии. Заболеваемость среди войск была сведена к единичным, спорадическим случаям, исключительно завозного характера.

Учитывая вероятность заноса инфекционных заболеваний в армию из прифронтового тыла, главным образом из ранее оккупированных районов, мы одновременно провели большую работу среди гражданского населения.

Путем подворного обхода мы выявили всех инфекционных больных с последующей госпитализацией их во вновь организованные больницы, а при отдаленности таковых — в инфекционные госпитали.

Резкие нарушения нормальной жизни в период оккупации немцами обусловили упадок санитарного состояния и появление большой завшивленности среди гражданского населения. Для обслуживания населения были выделены специальные дезотряды, которые под руководством эпидемиолога СЭО проводили дезинфекцию (дезинсекцию) домов, одежды, белья и помывку самих людей.

Через специального уполномоченного в Чрезвычайной противоэпидемической комиссии нами обеспечивался контроль за выполнением санитарных и противоэпидемических мероприятий и оказывалась практическая и материальная помощь медицинским учреждениям района (организация клинической лаборатории, снабжение прививочными материалами, медикаментами, специальной литературой).

В целях закрепления достигнутых успехов была оказана помощь району в организации постройки постоянных бань и дезкамер, а также установлении системы санитарных уполномоченных в населенных пунктах. Среди населения систематически проводились лекции и беседы на различные темы санитарно-просветительного характера. Для врачей и фельдшеров были организованы специальные занятия по вопросам эпидемиологии и профилактики инфекционных болезней.

Одновременное комплексное противоэпидемическое обслуживание воинских частей и гражданского населения обеспечило успех работы санитарной службы и к началу летнего наступления обусловило стойкое эпидемическое благополучие как в самой армии, так и среди гражданского населения прифронтовой полосы.

Во время беспрерывного наступления наших войск на Запад нам пришлось по ходу операций менять тактику санитарно-противоэпидемического обеспечения армии в зависимости от эпидемиологической и военной обстановки.

Быстрота продвижения войск, с одной стороны, и значительная распространенность инфекционных заболеваний среди населения — с другой, возлагали на нас довольно сложную и ответственную задачу.

Распределив на более мелкие звенья специалистов СЭО и ИГ, мы получили возможность сохранить необходимую связь с передовыми частями и использовать несколько бригад, оснащенных подвижными лабораториями и обмывочно-дезинфекционными отделениями, для работы по ликвидации выявленных сыпнотифозных очагов, особенно в Сенненском и Чернышевском районах Витебской и Минской областей. На населенные пункты, пораженные сыпным тифом, налагался карантин, все больные госпитализировались во вновь организованные инфекционные бараки с соответствующей организацией необходимого лечения, ухода и питания. Для продолжения этой работы привлекались оставшиеся местные медицинские работники и вновь назначенные руководители органов здравоохранения. Следует отметить, что как медицинские работники, так и население освобожденных районов принимало самое активное участие в деле восстановления медицинских учреждений и организации противоэпидемических мероприятий.

Учитывая сложность эпидемиологической обстановки, мы допускали временный отрыв подвижных отделений от своих баз на 10—15 дней для выполнения чрезвычайных заданий на далеком расстоянии.

Очаги сыпного тифа в кратчайший срок были купированы, а затем полностью ликвидированы. Наиболее важные магистрали, узлы и вспомогательные дороги — пути движения частей армии — были обезврежены. Несмотря на наличие нескольких зон сыпнотифозных очагов среди населения освобожденных районов, в воинских частях армии не было заболеваний сыпным тифом.

Инфекционные госпитали также были эшелонированы в зависимости от обстановки и характера противоэпидемических мероприятий; иногда практиковалось выделение из состава ИГ оперативных групп для обслуживания передовых частей.

В период небольших перерывов в наступлении проводилась полная санитарная обработка личного состава частей; для этого использовались обмывочные средства ОДР и специальные камеры-землянки, бочки Капустина.

Особенное внимание было уделено вновь поступающему пополнению в запасный полк. Личный состав в запасном полку в этот период доходил до 10—15 тысяч. Санэпидразведкой были собраны необходимые сведения о санитарно-эпидемическом состоянии всех районов, из которых поступало пополнение. Поступление в полк регулировалось определенным порядком 14-дневного карантина, люди размещались по сотням с необходимыми интервалами и тщательным соблюдением санитарного режима в полку.

Прибывающие из неблагополучных районов пополнения выделялись в отдельные группы с усилением санитарного контроля (карантинный режим 21 день, ежедневный осмотр на вшивость, изоляция температурящих, систематическая санитарная обработка).

При всех хирургических и терапевтических госпиталях были развернуты специальные изоляторы для инфекционных больных, ибо при интенсивном наступлении обстановка не всегда позволяла своевременно производить госпитализацию в ИГ. Некоторую часть температурящих больных приходилось задерживать на несколько дней в изоляторах полевых госпиталей с соблюдением, конечно, всех необходимых условий режима инфекционного больного.

В результате за период летнего наступления в нашей армии почти не было потерь от заразных болезней, ибо как на исходном положении, так и на всем протяжении марша санитарно-противоэпидемическая работа была проведена с учетом всех особенностей боевой и эпидемиологической обстановки. Несмотря на широкую полосу сыпнотифозных очагов среди населения освобожденных районов, мы не допустили инфекционных болезней в воинские части армии и вместе с тем приложили все усилия к ликвидации инфекционных заболеваний среди гражданского населения освобожденных районов.

★

Полковник медицинской службы И. Ф. ЖОРДАНИА

ОБ УЧАСТИИ ГИНЕКОЛОГОВ В САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ РАЗВЕДКЕ В ДЕЙСТВУЮЩЕЙ КРАСНОЙ АРМИИ

Известно, что местности, очищенные Красной Армией от временной немецко-фашистской оккупации, неблагополучны в отношении венерических болезней: оккупанты успели заразить часть местного населения — девушек и молодых женщин.

Наиболее распространенная из венерических болезней — гонорея—поражает у женщины преимущественно половые органы и протекает поэтому как гинекологическое заболевание. Твердый и мягкий шанкры локализуются, кроме наружных половых органов и преддверия влагалища, на слизистой оболочке последнего и на шейке матки. Наличие в местностях, освобожденных от немецкой оккупации, значительного количества молодых женщин, больных венерическими болезнями, представляет большую опасность.

Совокупность мероприятий, направленных к изучению в местности, освобожденной Красной Армией, всех вопросов, связанных с распространением венерических болезней и пресечением их распространения, мы называем венерологической разведкой (венразведка). То обстоятельство, что основным объектом венразведки являются женщины, объясняет, почему основная работа в этом направлении должна проводиться и проводится военными врачами-гинекологами в тесном контакте с венерологами в составе санитарно-эпидемиологических отрядов.

Венразведка была проведена впервые нами совместно с А. В. Александровым в декабре 1942 г. в г. Калач. В литературе нам не удалось найти указаний на проведение подобного обследования в нашей или иностранных армиях. В начале 1943 г. венразведка была проведена на ряде фронтов гинекологами К. Н. Жмайкиным, А. Э. Каплуном, Е. Я. Янкелевич и др., а с середины 1943 г. проводится гинекологами на всех действующих фронтах.

Цель настоящей статьи — поделиться личным опытом, полученным при проведении венразведки в гг. Калач, Крымская, Гатчино (СССР), Люблин (Польша), Бухарест (Румыния), Тырново (Болгария), Мако (Венгрия) и др.

Венразведке предшествует подготовительная работа, начинающаяся в межбоевой период. План венразведки составляется гинекологом и венерологом и включается в общий план санитарно-эпидемиологической разведки. Утверждается он начальником санитарной службы дивизии — при войсковой венразведке, или санитарного отдела армии—при армейской венразведке (последняя направляет работу войсковой венразведки, объединяет материалы последней по всей армии и т. п.). В части, касающейся гинекологов, планом предусматривается нижеследующее.

1. Выделение и подготовка участников предстоящей венразведки: врача, медицинской сестры или фельдшерицы (лучше из лиц, окончивших акушерско-фельдшерскую школу) и лаборантки. Врач-гинеколог и лаборантка прикомандировываются на 10—20 дней к дермато-венерологическому госпиталю, где под руководством наиболее квалифицированного специалиста изучают: врач — диагностику кожных болезней, включая внешние проявления сифилиса, а лаборантка — технику фиксации и окраски мазков на гонококки, трихомонады и бледные спирохеты и их распознавание под микроскопом. Желательно, чтобы врач-венеролог, участник венразведки, также прошел практическую подготовку по диагностике гинекологических заболеваний в гинекологическом госпитале. Фельдшерица (или медицинская сестра) в течение означенного срока работает в гинекологическом отделении госпиталя, где совершенствуется в методике гинекологического исследования, в частности, в осмотре зеркалами, во взятии мазков из мочеполовых органов женщины и их фиксации, в технике взятия выделений из влагалища для исследования влажным путем (при трихомонадных заболеваниях) и т. п.

2. Обеспечение выделенной бригады необходимой медицинской техникой: стерилизатором, иммерсионным микроскопом, инструментарием (зеркала Куско разных размеров, длинные и короткие пинцеты, зонды и др.), достаточным количеством стекол, спиртовой горелкой, реактивами для окраски мазков (метиленовая синька, набор по Граму, тушь), гигроскопической стерильной ватой и т. п.

3. Правильный выбор населенного пункта, намеченного для первоочередного проведения венразведки. Последний намечается заблаговременно, т. е. в период подготовки дивизии (армии) к боевым операциям, и должен удовлетворять следующим условиям: а) быть коммуникационным узлом (перекрещивание шоссейных и железных дорог, водных путей и т. п.); б) иметь сохранившийся жилищный фонд. Именно такие населенные пункты, как показал опыт, являются наиболее опасными из-за контакта с гражданским населением военнослужащих, одиночно следующих к месту назначения, в командировки или в отпуск, особенно при их расположении на ночлег на частных квартирах. Кроме того, такие пункты обычно используются командованием для расквартирования в них штабов войсковых частей, учреждений и т. п. Ошибочно выбирать объектом венразведки только очень крупные населенные пункты так как опыт показал, что наиболее опасными являются не столько крупные и средние города с хорошо организованными комендантскими службами (гостиницами, питательными пунктами и т. д.), сколько небольшие города, селения и даже деревни, где следующим через них военнослужащим чаще приходится пользоваться услугами местного населения (ночлег, приготовление пищи и т. п.).

По мере приобретения опыта методика венразведки постепенно изменялась и совершенствовалась, причем и в настоящее время она требует дальнейшего изучения и углубления. Основные причины: а) постепенно накапливающийся опыт, диктующий необходимость проведения новых мероприятий и вскрывающий ошибочность некоторых ранее применявшихся, и б) меняющиеся условия, с которы-

ми приходится встречаться на все новых территориях, освобождаемых Красной Армией от временной оккупации или занимаемых ею в последнее время.

Чем раньше приступлено к венразведке, тем она эффективнее. Поэтому выгоднее всего начинать ее в ближайшие 1—2 дня по занятии Красной Армией данной местности.

В развитии венразведки мы прошли ряд этапов, из которых главными являются следующие:

1. Венразведка в местностях, входивших в состав СССР до 1939 г. и находившихся во временной оккупации врагом. В таких местностях венразведка начиналась с розыска в трофейных документах сведений о вензаболеваемости в данной местности (архивы вражеской полевой жандармерии, канцелярии гарнизонных врачей, госпиталей и больниц и т. п.).

При наличии местного врача нужные сведения в ряде случаев получались и от него. Обычно со 2—3-го дня по освобождении данной местности Красной Армией наиболее нас интересующая молодая часть населения, преимущественно женщины, возвращалась в свои дома (до этого они обычно прятались в лесах, в соседних деревнях и т. п.). По имевшимся уже в нашем распоряжении спискам мы немедленно приступали к осмотру, лечению, а в надлежащих случаях и помещению в больницу или госпиталь явно больных или подозрительных в этом отношении.

В контакте с местным органом здравоохранения, обычно начинавшим функционировать к этому времени, мы приступали к наиболее важной части работы— поголовному осмотру всех женщин. Гинеколог, участник венразведки, получал благодаря этому возможность осмотреть всех женщин данной местности (двуручное исследование, осмотр зеркалами, взятие мазков и т. п.). Особое внимание обращалось им на женщин, больных гонорреей или подозрительных в этом отношении, на имевших внешние проявления сифилиса (первичная сифилитическая язва, папулы и т. п.) на половых органах, особенно при их локализации на местах, скрытых от глаз (слизистая оболочка влагалища, шейки матки и т. п.), больных трихомонадными вульво-вагинитами (для выяснения благополучия данной местности в отношении трихомонад и проведения в надлежащих случаях профилактических мероприятий в целях предотвращения трихомонадных заболеваний среди военнослужащих женщин при их расквартировании в данной местности). Выявленные разведкой женщины, больные или подозрительные на венерические болезни, брались на учет, их немедленно начинали лечить амбулаторно. В отдельных случаях в целях изоляции больная помещалась для лечения в больницу, а при отсутствии последней, с разрешения начальника санотдела армии, — в военный госпиталь.

С прибытием в данную местность венерологического отряда Наркомздрава СССР все материалы по проведенной нами венразведке передавались последнему. Такая методика работы обычно давала положительные результаты. Своевременным лечением и изоляцией больных женщин достигалось их оздоровление и, что особенно важно в действующей армии, снижалась возможность распространения венеризма в самой армии.

2. Венразведка в республиках и областях, вошедших в состав СССР незадолго до переживаемой нами войны (Эстония, Литва, Латвия, области Западной Украины и Западной Белоруссии). Здесь понадобились иные методы работы, так как проведение поголовных осмотров всего населения, не успевшего еще привыкнуть к принятой у нас системе профилактики социальных болезней и находившегося еще под влиянием немецко-фашистской противосоветской агитации, встретило большие затруднения.

Сказанное еще в большей степени относится к территории Польши, освобожденной Красной Армией.

Для изучения венеризма в названных местностях после розысков трофейных документов и их изучения мы входили в контакт с местным инспектором или врачом (санитарным инспектором, венерологом и др.), от которых нам удавалось получить ценные сведения, служившие отправными пунктами для дальнейшей работы (гг. Владов, Люблин и др.). К ним относились сведения о венерической заболеваемости в данной местности, о публичных домах и нелегальной проституции, о мерах борьбы с венерическими болезнями, проводившихся до оккупации и

во время последней, и т. п. Вслед за этим из местного женского населения выделялся актив, подробно инструктировавшийся о предстоящей работе. Мы старались разъяснить участницам актива пользу для всех женщин профилактического медицинского обследования, принимая во внимание бессимптомное (или с слабо выраженными симптомами) течение начальных форм таких опасных заболеваний, как опухоли внутренних половых органов, в частности, рак матки, внематочная беременность, гонорея и т. п. После этого актив женщин распределялся по районам города. Здесь они проводили следующие виды работы: 1) популяризовали среди женщин полезность посещения с профилактической целью бесплатной гинекологической амбулатории, организованной врачами участниками венразведки; 2) производили подворный опрос женщин об имеющихся у них жалобах на расстройства функции органов малого таза; 3) составляли путем опроса соседок список женщин, не пренебрегавших случайными половыми связями (среди последних усиливалась агитация за посещение амбулатории), и т. п.

Как видно из сказанного, женский актив венразведки не просто пропагандировал полезность посещения бесплатной амбулатории всеми женщинами, но проводил среди последних, хотя и в упрощенном виде, санпросветработу и другие задания врачей. Участницы актива постепенно превращались в санинструкторов.

При явке в гинекологическую амбулаторию женщины осматривались врачом, у них брались мазки из мочеполовых органов для бактериоскопического исследования; в надлежащих случаях они консультировались с дермато-венерологами и т. п. Выявленным венерическим больным назначалось лечение, иногда с помещением в больницу или даже в госпиталь (в случаях, аналогичных упомянутым выше).

При таком методе работы результаты были менее эффективными по сравнению с теми, которые получались нами при поголовных медицинских обследованиях всех женщин данного населенного пункта. Тем не менее и этот метод себя полностью оправдал, так как позволил в трудных условиях не только выявить больных венерическими болезнями (или подозрительных в этом отношении), но и организовать их лечение, а также провести среди населения другие виды оздоровительной работы.

3. Венразведка на занятых Красной Армией территориях Германии (Румыния, Болгария, Венгрия).

Трудности в проведении венраведки в этих странах возросли еще в большей степени и были связаны главным образом с наличием в них регламентированной проституции с зарегистрированными проститутками, «практиковавшими» в публичных домах и на частных квартирах. Еще бо́льшую опасность для армии представляют незарегистрированные, «свободные» проститутки (уличные, постоянные посетительницы кафе и ресторанов и т. п.), нелегальные публичные дома, некоторые гостиницы, бани и т. п., являющиеся по существу притонами разврата.

При проведении венразведки автором настоящей статьи в г. Бухаресте (Румыния), Тырново (Болгария), Мако (Венгрия) и в других местностях приходилось ограничиваться розыском трофейных документов, относившихся к интересующему нас вопросу, опросом местных врачей, по возможности работников вендиспансеров.

Один из таких диспансе́ров нам удалось застать функционирующим (г. Мако). Однако ни штатные его возможности, ни материальная база (почти полное отсутствие необходимых медикаментов и связанная с этим чрезмерная их дорогобизна), по словам руководителя диспансера Юргас, не обеспечивали сколько-нибудь удовлетворительного выполнения диспансером возложенной на него важнейшей функции. При таких условиях вендиспансер являлся, по нашему мнению, лишь ширмой для частной практики.

Мы полагаем, что при таких условиях борьбу с распространением венерических болезней среди личного состава Красной Армии, дислоцированного или временно (транзитом) находящегося на территории названных стран, целесообразнее проводить не путем венразведки, а осуществлением ряда профилактических мероприятий, среди которых важнейшими считаем следующие:

1. Учет публичных домов, функционирующих в данной местности, и предъявление их владельцам через советскую комендатуру требования повысить качество периодических обязательных медицинских осмотров проституток и их клиентов. При этом гинекологические осмотры проституток должны производиться не реже 3 раз в неделю с обязательным взятием материалов для бактериоскопии и серологических исследований. Клиенты же должны исследоваться дермато-венерологом непосредственно до и после публичного дома с проведением профилактических мероприятий.

2. Проведение среди личного состава частей и учреждений Красной Армии, расквартированного в названных местностях, санпросветработы (об опасности венерических болезней, распространенности последней в данном населенном пункте, о мерах личной гигиены и т. п.). С приезжающими и следующими транзитом военнослужащими такая работа должна проводиться в комендатурах, во время регистрации по прибытии военнослужащего в данную местность. Одновременно прибывшие должны быть предупреждены об опасности посещения публичных домов.

3. Запрещение владельцам гостиниц и меблированных комнат, не включенных в составляемый комендантом список ввиду сомнительной репутации этих заведений, сдавать помещения военнослужащим.

4. Обеспечение комендатур и воинских частей (учреждений) круглосуточной специальной профилактической помощью всех обращающихся военнослужащих.

5. Организация продажи в ларьках Военторга презервативов и других средств личной профилактики (растворы дезинфицирующих веществ, каломелевой мази и др.).

Надо думать, что применявшимися нами методами далеко не исчерпываются возможности выявления из гражданского населения женщин, больных венерическими болезнями, пресечения распространения последних среди военнослужащих и занесения их в тыл. Серьезная опасность в этом отношении угрожает тылу особенно по окончании войны, если не удастся надежным образом предохранить армию от венерических болезней. Поэтому мероприятия по предупреждению в армии венеризма, в частности, венразведка, должны проводиться со все возрастающей интенсивностью. Проводившаяся нами в этом направлении работа имела по существу лишь экспериментальный характер. Однако наша венразведка, имевшая лишь паллиативный характер, себя полностью оправдала. Разработка методики ее должна продолжаться. Венразведке надлежит занять видное место в общей системе санитарно-эпидемиологической разведки Красной Армии.

★

Т. И. ГОРДЫШЕВСКИЙ

О КЛАССИФИКАЦИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ГОРТАНИ И ГЛОТКИ

Классификация ранений шеи, в частности, гортани и глотки, до сих пор мало привлекала внимание хирургов и ларингологов. Предложенные классификации довольно резко различаются между собой. Например, Гербер делит ранения гортани на касательные, проникающие и разрушающие; Гертель, исходя из анатомической и клинической характеристики ранений гортани, делит их на девять групп; Киллиан классифицирует ранения гортани в зависимости от места повреждения гортани.

Все эти и другие предложенные классификации ранений глотки и гортани не лишены серьезных недостатков. Одни из этих классификаций слишком громоздки или содержат анатомические и клинические признаки, которые могут быть выявлены лишь после длительного и тщательного наблюдения, другие,

наоборот, слишком кратки и недостаточны для характеристики различных групп ранений.

Количество наблюдающихся в настоящую Отечественную войну ранений гортани и глотки во много раз превосходит число их в прошлые войны. Поэтому вопрос о классификации ранений гортани и глотки имеет важное практическое значение. Это относится и к ранениям шеи. Например, термин «проникающее ранение шеи» не всеми понимается одинаково. По отношению к ранениям гортани врачи обычно довольствуются добавлением к характеристике ранения шеи определения: «с повреждением гортани».

Для правильной характеристики ранений гортани требуется, помимо общих хирургических способов исследования раны, еще и ларингоскопия. В настоящее время, когда лечебные учреждения фронта и тыла в значительной степени обеспечены кадрами специалистов ото-ларингологов, требование ларингологического исследования уже не является препятствием для применения целесообразной дифференцированной классификации ранений гортани и глотки.

Классификация ранений гортани и глотки, по нашему мнению, должна удовлетворять следующим требованиям: 1) она должна быть двоякой — содержать одновременно с характеристикой ранения трубчатого органа и характеристику ранения шеи в целом; 2) в ней должны быть учтены особенности строения органа, имеющие хирургическое значение; 3) она должна содержать признаки, которые большей частью могут быть выявлены в первые же дни после ранения; 4) в ней должны быть выпячены моменты, требующие срочного вмешательства или особого наблюдения. Поэтому классификация огнестрельных ранений гортани и глотки должна содержать указание на целость или повреждение слизистой оболочки этих органов. Должны быть выделены случаи нарушения целости одновременно стенки гортани и глотки, так как возникающая при этом угроза аспирационной пневмонии и необходимость обеспечения питания больного требуют принятия специальных и срочных мер. Классификация должна дать представление о положении ранящего инородного тела по отношению к гортани или глотке.

Исходя из указанных соображений, мы предлагаем следующую классификацию ранений гортани и глотки:

Ранение шей	Ранение гортани (А)	Ранение глотки (Б)
I. Касательное	1. Касательное	1. Касательное с нарушением целости слизистой оболочки
	2. Касательное с нарушением целости слизистой оболочки	2. Разрушение стенки
	3. Разрушение стенки	
II. Слепое	1. Касательное	1. Касательное с нарушением целости слизистой оболочки
	2. Касательное с нарушением целости слизистой оболочки	2. Проникающее
	3. Проникающее	
	4. Сквозное	3. Сквозное
III. Сквозное	1. Касательное	1. Касательное с нарушением целости слизистой оболочки
	2. Касательное с нарушением целости слизистой оболочки	2. Сквозное
	3. Сквозное	

Примеры отдельных диагнозов: «касательное пулевое ранение шеи с касательным ранением гортани (IA1)»; «слепое осколочное ранение шеи со сквозным ранением гортани (IIA4)»; «сквозное пулевое ранение шеи со сквозным ранением глотки (IIIБ2)» и т. д.

При всех ранениях шеи могут произойти касательные ранения стенки гортани. Эти ранения чрезвычайно разнообразны по своему течению и тяжести. Основным повреждаемым слоем при таком ранении является хрящ с надхрящницей. Последствия повреждения хряща различны: повреждение может пройти бесследно, вызвать воспаление с бурным отеком гортани, повлечь затяжной хондро-перихондритический процесс и т. д. При касательных ранениях стенки гортани может быть повреждена и слизистая оболочка гортани в наружном ее слое. Но для всех этих групп характерно отсутствие непосредственного нарушения целости слизистой оболочки. Если же такое нарушение целости слизистой оболочки произошло, то соответствующие ранения относятся уже к группам IA2; HA2 и IIIA2.

Касательные ранения стенки глотки трудно диагносцируются, если не нарушена целость ее слизистой оболочки или на внутренней стенке глотки не видны кровоподтеки. Эти ранения обычно не имеют и большого клинического значения. Поэтому они в классификации не выделены в особую группу.

Поскольку при касательных ранениях шеи с нарушением целости слизистой оболочки гортани или глотки касательный характер ранения стенки этих органов само собой понятен, в диагностической формуле, в целях сокращения ее, это определение может быть опущено. Вместо «касательное ранение шеи с касательным ранением гортани и нарушением целости ее слизистой оболочки» достаточно сказать «касательное ранение шеи с нарушением целости слизистой оболочки гортани (IA2)».

Под проникающими ранениями гортани и глотки следует понимать ранения, при которых ранящий снаряд частично или целиком находится в просвете этих органов. Понятно, какие ответственные организационные и терапевтические выводы влечет за собой констатирование такого характера ранения шеи, в особенности при повреждении стенки гортани.

В отличие от проникающих ранений гортани или глотки, при которых наблюдается прободение одной стенки этих органов, при сквозных ранениях гортани или глотки происходит перфоративное ранение двух стенок трубчатого органа, и инородное тело, как правило, находится вне просвета его.

При касательных ранениях шеи, главным образом осколочных, иногда происходят обширные разрушения стенки гортани или глотки с образованием зияющих дефектов. Своеобразие этих ранений и возможность введения через них трахеотомической трубки для обеспечения дыхания или желудочного зонда для обеспечения питания больного оправдывают выделение этих ранений в особые группы. Подобные разрушения стенок гортани или глотки, обычно меньших размеров, наблюдаются и при проникающих или сквозных ранениях этих органов (при слепых или сквозных ранениях шеи), но там они и входят в эти группы.

При комбинированном ранении гортани и глотки в определении указываются оба ранения. Во всяком случае, если при ранении гортани имеются данные, говорящие о нарушении целости также стенки глотки или наоборот, это должно быть указано в характеристике ранения.

Сказанное о классификации ранений гортани в общем относится и к ранениям шейной части трахеи, хотя трахея значительно проще по своему строению и клинические картины при ее ранении менее сложны и разнообразны.

Предлагаемая нами классификация ранений глотки применима и к ранениям шейной части пищевода.

Наша классификация ранений гортани и глотки не претендует на охват всех возможных видов этих ранений и на исчерпывающую характеристику их. Таких классификаций не существует ни для одного органа и части тела. Но нам кажется, что предлагаемая классификация достаточно обоснована и больше других отвечает требованиям военно-медицинской практики.

★

Полковник медицинской службы проф. П. Е. КАЛМЫКОВ

ПРОСТЫЕ (НЕЛАБОРАТОРНЫЕ) МЕТОДЫ КОЛИЧЕСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ ГОТОВОЙ ПИЩИ

Контроль за полноценностью в количественном отношении готовой пищи, актуальный и в мирное время, приобретает особое значение в условиях войны.

Для проверки количественной стороны питания применяют лабораторное исследование проб готовой пищи. Однако этот метод требует наличия специальной хорошо оборудованной лаборатории, сопряжен с большими тратами времени и реактивов. Поэтому он не может быть повседневным и массовым. К лабораторному анализу приходится обращаться лишь время от времени, 1—2 раза в месяц.

Между тем контроль за количеством пищи, ее полноценностью, соответствием состава отдельных блюд количеству отпущенных продуктов следует осуществлять систематически изо дня в день. Таково требование действующих в Красной Армии приказов и официальных распоряжений. Ежедневная проверка должна производиться продовольственными работниками, дежурными офицерами и, наконец, представителями медицинской службы.

Здесь мы сталкиваемся с очень серьезным препятствием — отсутствием надежного и в то же время простого метода количественной проверки готовых блюд. Наиболее узаконен и широко распространен метод установления веса блюда, так называемого «выхода» пищи. Необходимо сразу же отметить, что этот показатель ни в какой мере не отражает истинного количества питательных веществ пищи, так как за счет добавления воды и уменьшения количества исходного продукта, например, крупы, можно дать вполне удовлетворительный «выход» при ничтожной питательности порции. Этот способ измерения не только не способствует решению важнейшей задачи — доведения до бойца всего положенного количества продуктов, но часто служит удобной ширмой для недобросовестных лиц.

В связи с этим мы поставили специальные опыты с целью изыскать наилучший, наиболее точный и простой способ количественного контроля за готовой пищей. В этих опытах мы определяли «выход» различных первых и вторых блюд, выражая его весом, объемом и объемным весом.

Из первых блюд были исследованы: 1) щи кислые, 2) борщ, 3) суп картофельный, 4) суп перловый, 5) суп вермишелевый, 6) суп пшенный, 7) суп гороховый.

Из вторых блюд подвергались исследованию: 1) каша пшенная, 2) каша перловая, 3) каша манная, 4) каша пшеничная (из пшеничной крупы), 5) каша овсяная, 6) каша рисовая, 7) вермишель, 8) пюре гороховое, 9) пюре картофельное.

Наибольший интерес представляет количественная проверка вторых, более концентрированных, следовательно, более калорийных блюд; они подверглись изучению в первую очередь.

Опыты ставились следующим образом. То или иное блюдо изготовлялось в полном соответствии с действующими в Красной Армии раскладками. Одновременно готовилось несколько порций с меньшим количеством основного продукта, например, крупы, но с тем же количеством воды, что и в первом случае. При этом получались менее концентрированные, более жидкие блюда. Затем определялся вес, объем и объемный вес всех приготовленных блюд с тем, чтобы найти наиболее правильный критерий для их оценки.

При исследовании пшенной каши было изготовлено четыре порции этого блюда, причем первая из них содержала 80 г крупы, вторая 60 г (75% нормы), третья 40 г (50%) и четвертая 20 г (25%). Во всех случаях бралось одинаковое количество воды (140 см³) и соли (2 г). Полученные результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1

Вес каши как показатель размера (полноценности) порции

Вес крупы в порции в г	«Выход» готовой каши (вес порции) в г	В 1 кг каши содержится крупы (в г)	Недостает в 1 кг каши питательного продукта (крупы) (в г)
80	183	431	0
60	160	375	56
40	142	281	150
20	126	158	273

Из табл. 1 видно, что с уменьшением исходного питательного вещества — крупы, уменьшается и вес готовой порции, однако понижение веса ни в какой мере не отражает уменьшения питательной ценности блюда. Так, например, при уменьшении количества крупы в 2 раза вес каши понижается всего на 20%. При расчете количества крупы, содержащейся в единице веса каши, оказывается, что в 1 кг потребители могут недополучить очень большое количество питательного продукта. Этим и устанавливается полная непригодность единственного применяемого в настоящее время метода количественного контроля готовой пищи.

Табл. 2 дает представление о взаимозависимости между весом крупы и объемом порции.

Таблица 2

Объем каши как показатель размера (полноценности) порции

Вес крупы в порции в г	«Выход» готовой каши, выраженный в объемных единицах (в см³)	В 1 л каши содержится крупы (в г)	Недостает в 1 л каши питательного продукта (крупы) (в г)
80	350	235	0
60	260	228	7
40	210	190	45
20	125	160	75

Из приведенных цифр видно, что объем дает более правильное представление о питательной ценности каши, чем вес. Уменьшение объема хотя и не идет в полном соответствии с уменьшением веса крупы, но все же это расхождение менее значительно, в особенности при малых степенях «недовеса» крупы.

При сильном «разведении» продукта водой объем дает значительные отклонения от истинной ценности блюда, поэтому и этот показатель не является безукоризненным.

Зная вес и объем порции, можно исчислить третий показатель — объемный вес, данные о котором представлены в табл. 3.

Цифровые данные показывают, что объемный вес каши находится в тесной зависимости от концентрации, т. е. питательной ценности. Следовательно, он

Таблица 3

Объемный вес каши как показатель размера (полноценности) порции

Вес крупы в порции в г	Вес 1 л каши в г	Объемный вес	Соотношение объемных весов
80	521	0,521	1,00
60	615	0,615	1,14
40	676	0,676	1,29
20	1 008	0,008	1,93

может служить в качестве критерия полноценности порции, соответствия ее нормам отпущенных продуктов.

Для того чтобы проследить изменения веса, объема и объемного веса каши при меньшем дефиците крупы, последняя была взята в следующих количествах: 1) 80 г—100%, 2) 72 г—90%, 3) 64 г—80%, 4) 56 г—70%, 5) 48 г—60%, 6) 40 г—50% нормы. В табл. 4, 5 и 6 представлены результаты определения интересующих нас показателей.

Таблица 4

Вес каши как показатель величины (полноценности) порции

Вес крупы в порции в г	«Выход» готовой каши (вес порции) в г	В 1 кг каши содержится крупы (в г)	Недостает в 1 кг каши питательного продукта (крупы) (в г)
80 (100%)	211,4	379	0
72 (90%)	206,7	347	32
64 (80%)	201,2	318	61
56 (70%)	193,4	290	89
48 (60%)	180,4	277	102
40 (50%)	172,5	231	148

Табл. 4 дает закономерное падение питательности блюда, выраженной в количестве исходного продукта (крупы) при одном и том же весе пищи.

Это падение достигает 40% при уменьшении крупы на 50%. Следовательно, красноармеец может получить вполне законную по норме «выхода» порцию

каши, которая почти в 2 раза менее питательна полагающейся полноценной порции.

Таблица 5

Объем каши как показатель величины (полноценности) порции

Вес крупы в порции в г	«Выход» готовой каши, выраженный в объемных единицах (в см³)	В 1 л каши содержится крупы (в г)	Недостает в 1 л каши питательного продукта (крупы) (в г)
80 (100%)	400	200	0
72 (90%)	375	192	8
64 (80%)	350	182	18
56 (70%)	325	175	25
48 (60%)	300	160	40
40 (50%)	275	145	55

В данном опыте подтверждается значение объема как более приемлемого критерия при определении размера порции. Однако, если пища сильно разведена водой, например, в 2 раза, боец также недополучает значительного количества питательных веществ (около 20 г крупы, т. е. 1/4 нормы).

Таблица 6

Объемный вес каши как показатель величины (полноценности) порции

Вес крупы в порции в г	Вес 1 л каши в г	Объемный вес	Соотношение объемного веса
80 (100%)	605	0,605	1,00
72 (90%)	632	0,632	1,04
64 (80%)	645	0,645	1,07
56 (70%)	670	0,670	1,10
48 (60%)	700	0,700	1,15
40 (50%)	734	0,734	1,21

Из этой таблицы также видно, что объемный вес закономерно изменяется в зависимости от концентрации пищи — количества в ней питательных веществ. Чем меньше исходного продукта, чем больше воды, тем ближе объемный вес к единице.

Таковы выводы, которые можно сделать, пользуясь результатами опытов, проведенных с одним из самых распространенных продуктов — пшеном. Опыты, произведенные с другими видами круп (перловой, пшеничной, манной, рисовой, овсяной), дают, конечно, другие абсолютные цифры, но закономерности, выявленные на разнообразных примерах, сохраняются. Точно такие же тенденции обнаруживаются при изготовлении вторых блюд из гороха (гороховое пюре) и вермишели.

Исследования с целью определения «выхода» второго блюда из картофеля — картофельного пюре — производились несколько иначе. К определенному количеству (100 г) вареного очищенного картофеля добавлялось разное количество воды, после чего продукт растирался в пюре.

Вес пюре в этих опытах находился в прямой зависимости от количества прибавленной воды. Следовательно, и здесь вес не может быть правильным

критерием полноценности блюда. В отношении же объема обнаружены соотношения, отличные от всех перечисленных блюд; они представлены в табл. 7.

Таблица 7

Объем и объемный вес картофельного пюре в зависимости от количества воды (вареного картофеля во всех случаях взято 100 г)

№ пробы	Количество воды в см³	Объем порции в см³	Вес 1 л пюре в г	Объемный вес
1	0	175	514	0,514
2	25	150	833	0,833
3	50	135	1 111	1,111
4	75	160	1 094	1,094
5	100	185	1 081	1,081
6	125	225	1 000	1,000

Из табл. 7 видно, что объемный вес сначала растет (точно так же, как и у других продуктов), а затем начинает падать. Это объясняется тем, что при добавлении значительного количества воды блюдо теряет уже свою обычную консистенцию, перестает быть пюреобразным и приближается по свойствам к супу, дальнейшее разведение которого водой ведет к уменьшению объемного веса до единицы.

Нецелесообразность измерения первых блюд путем взвешивания очевидна, точно так же как нецелесообразна проверка полноценности жидкой пищи путем измерения ее объема. Приливанием воды можно в любых пределах изменять вес и объем этих блюд. Контроль за жидкими блюдами можно осуществлять, повидимому, только посредством измерения количества плотных частей.

Здесь возникает прежде всего вопрос о способе отделения плотных веществ от жидкости. Это отделение можно произвести путем процеживания или же отстаивания и осторожного сливания жидкой части. Мы произвели опыты отделения плотных веществ разных блюд и тем, и другим методом и при этом получили результаты, представленные в табл. 8. Процеживание производилось через сито с отверстиями размером 0,5 мм.

Таблица 8

Определение плотных составных частей жидких блюд двумя способами — отстаиванием и процеживанием

Наименование блюда	Вес плотной части, отделенной отстаиванием, в % к исходному количеству	Вес плотной части, отделенной процеживанием, в % к исходному количеству
Щи кислые	184	104
Борщ	140	109
Суп картофельный	139	107
» перловый	Не отстаивается	165
» гороховый	213	103
» вермишелевый	213	174
» пшенный	308	196

Из табл. 8 видно, что отделение отстаиванием дает во всех случаях количества, значительно большие, чем при процеживании. Процеживанием выделяются количества, более близкие к весу исходных продуктов. При исследова-

нии овощных супов (щи, борщ, картофельный суп) эти количества можно практически считать равными количеству исходных продуктов, использованных на изготовление данных блюд (исключая воду и соль). Плотные вещества крупяных супов (перловый, гороховый, вермишелевый), выделенные процеживанием, дают количества, приблизительно в полтора раза превышающие вес исходных продуктов. Исключение составляет суп из пшенной крупы, из которого выделяется плотных веществ почти в два раза больше, чем было израсходовано продуктов.

Следовательно, из рассмотрения результатов опытов мы вправе сделать вывод, что вес плотной части жидких блюд, выделенной посредством процеживания через сито, является хорошим показателем их концентрации, действительной питательной ценности. Этот способ контроля можно рекомендовать для широкого, повседневного пользования. При этом для установления точных норм «выхода» плотных веществ следует практиковать опытные варки блюд по тем же раскладкам и при том же режиме подготовки и варки продуктов.

Выводы

1. Количественный контроль готовой пищи представляет в настоящее время весьма важную задачу. Однако осуществление его наталкивается на серьезное препятствие — отсутствие простых и в то же время точных методов.

2. Повсеместно практикуемое определение «выхода» блюда в весовых единицах ни в какой мере не отражает количества питательных веществ в исследуемой порции. При одном и том же вполне «законном» весе питательная ценность может быть самой различной ввиду добавления большего или меньшего количества воды. Поэтому подобный способ контроля следует отменить.

3. Измерение величины порции вторых, плотных блюд в объемных единицах дает более приближенное представление о количестве питательных веществ в порции. Однако и этот способ неточен, а для жидких блюд вовсе неприменим.

4. Наиболее правильно определять полноценность вторых блюд при помощи исчисления объемного веса (веса 1 л пищи). Этот способ прост и осуществляется путем взвешивания пищи в посуде определенного объема, например, в котелке. Для получения исходных величин — норм объемного веса — следует время от времени производить опытные варки блюд того же состава при определенной длительности напревания.

5. Полноценность первых, жидких блюд можно проверять путем отделения плотной части и ее взвешивания. Вес плотных составных частей овощных супов (щи, борщ, суп картофельный) составляет 100—110% веса исходных питательных продуктов, в крупяных блюдах (за исключением супа с пшеном) близок к 150—160%; в супе с пшеном составляет около 200% веса взятых для изготовления блюда продуктов. Для уточнения норм «выхода» плотной части супов (первых блюд вообще) следует также практиковать опытные варки.

★

Полковник административной службы В. П. ТАРИЦЫН

ОБРАЗЦОВЫЙ САНИТАРНЫЙ СКЛАД

Данная статья преследует задачу конкретизировать понятие «образцовый санитарный склад», определить основные признаки и особенности, дающие право отнести санитарный склад к категории образцового.

Положение, дающее складу право получить оценку «образцового», не ограничивается каким-либо пределом, которого склад достиг. Если в какой-то момент тот или иной склад является образцом для других, он не имеет права «застыть» на этом, он должен двигаться вперед, достигать в своей работе все новых, более высоких качеств, чтобы не оказаться отстающим, так как отставшие могут догнать его — передовика.

В данный период Отечественной войны, когда боевые действия наших войск отличаются стремительностью, непрерывным большим продвижением вперед, основной задачей баз снабжения — санитарных складов — является не допускать отрыва от войск и обеспечивать непрерывное, оперативное снабжение их, следуя по пятам за их продвижением. При этом чрезвычайно важно освободить войска от заботы и усилий доставлять имущество к себе; базы должны строить снабжение по принципу «от себя».

Выполнение этой задачи связано с большими трудностями, преодоление которых зависит часто не столько от усилий самого склада, сколько от помощи 4-го отдела.

Имеется много примеров, когда санитарный склад, благодаря инициативе, находчивости, тесному контакту и связи с 4-м отделом сануправления, весьма успешно выполнял свою задачу непрерывного, бесперебойного снабжения войск «от себя».

Например, фронтовой санитарный склад, где тов. Юльчевский, уже на 3-й день после освобождения г. Минска доставил туда имущество и приступил к развертыванию своего отделения. Одновременно в г. Молодечно у него стало работать другое его отделение-летучка, которое работало до этого в г. Борисове. Для г. Вильно, освобождение которого ожидалось со дня на день, им был подготовлен эшелон имущества, который по освобождении г. Вильно, оперативно был туда продвинут. Там было развернуто сначало отделение, а вскоре и фронтовой санитарный склад.

Подобная оперативность была достигнута благодаря тому, что имущество склада было заранее разделено на эшелоны с необходимым ассортиментом его в каждом. На каждый эшелон были составлены ведомости, из которых было видно, какое имущество и в каком ящике упаковано; на каждом ящике сделана ясная надпись об этом. Конечно, при такой подготовке нетрудно в любой момент выделить отделение или летучку и перебросить их в нужном направлении.

Благодаря тесному контакту с 4-м отделом имелась возможность предвидеть ближайший ход событий, во-время получить помощь и указания, рассчитать, спланировать и усилить транспортные средства, подготовить, проинструктировать и правильно расставить людей, во-время произвести рекогносцировку нового места дислокации, заранее знать, что и в каком направлении может понадобиться

В результате войска обеспечивались медико-санитарным имуществом своевременно и бесперебойно, что является основным показателем организованности, работоспособности, образцовости склада.

Организованность, культурность санитарного склада определяется и тем, насколько оперативно производится прием поступающих на склад грузов, как быстро оформляются присланные акты, насколько быстро информируется складом 4-й отдел о поступлении имущества. Это дает 4-му отделу возможность своевременно разверстать и быстро снабдить войска имуществом. Чем быстрее продвигается имущество до потребителя, чем оно меньше залеживается на складе, тем более образцово работает склад.

Во фронтовых санскладах, где тт. Юльчевский и Угрюмов, имущество быстро продвигается в войска, интервал между приемом имущества и доведением его до потребителя сведен до минимума. В этом отношении названные склады являются действительно образцовыми.

Быстрое продвижение медико-санитарного имущества в войска зависит не только от оперативной работы склада по приему имущества и оформлению приемных актов, оно зависит и от того, насколько быстро выполняются складские наряды санитарного управления. Идеалом в этом отношении должно быть выполнение нарядов в день их поступления на склад. Чтобы достигнуть этого, необходима организованность, слаженность, высокая культура в работе всех отделов склада, начиная с учетно-операционного отдела и кончая укупорочно-экспедиционным отделом. Необходима высокая производительность труда, рационализация производственных процессов, четкое взаимодействие всех отделов.

Делу рационализации производственных процессов уделяется много внимания в санитарных складах тт. Рубина и Юльчевского.

Тов. Рубин организовал выполнение нарядов как бы по конвейерной системе; наряд проходит последовательно через материальную, фасовочную, сборочную, контролерскую и упаковочные комнаты. Сборка нарядов производится прямо на лотки, которые устроены на шарикоподшипниках и легко передвигаются по сплошным столам от работника к работнику, из комнаты в комнату и дальше, пока наряд не будет упакован и освободившийся лоток не возвратится в отдел для сборки нового наряда. Заблаговременная заготовка типовых фасовок намного ускоряет выполнение нарядов.

В труднейших условиях размещения во фронтовом складе т. Юльчевского также уделяется много внимания рационализации и механизации производственных процессов. Здесь также производится предварительная массовая заготовка типовых фасовок. Своими силами из подручных материалов здесь сконструирована машина для расфасовки мазей, машина для штамповки картонных кругов, для расфасовки жидкости широко применяются сифоны и бюретки.

Сроки выполнения нарядов в складе т. Юльчевского весьма близки к идеалу, многие наряды с обширной номенклатурой выполняются в день поступления нарядов.

Темпы работы не идут за счет снижения качества. Наоборот, как раз в складе т. Юльчевского обращает на себя внимание культурность заделки фасовок: чистые, четко написанные, ровно наклеенные этикетки, заделка всех фасовок под пергамент, правильная подгонка посуды, хорошая упаковка. Даже укупорочные листы здесь заготовлены по особой форме, на одной половине листа отмечается отпуск тары, а на другой половине—возврат пустой тары, причем основная масса приемщиков прибывает с этими листами и пустой тарой, числящейся в укупорочных листах.

По выполнении наряда склад имеет право считать работу законченной тогда, когда получает подтверждение о получении имущества потребителем. Однако трудно привести пример, где бы получение открытых листов, квитанций и актов было организовано хотя бы удовлетворительно. Между тем надо считать образцом, когда склад добился максимального (100%) представления ему квитанций от войсковых частей и лечсанучреждений. Это — весьма важный показатель состояния и работы склада, ибо квитанции являются зеркалом, действительно и правильно отражающим лицо склада. Вполне понятно, что образцовый склад не должен иметь ни одной претензии, ни одного акта от частей, где бы указывались недочеты по отпуску наряда.

Важным в работе склада является хранение имущества. При боевой деятельности армии далеко не всегда имеются условия, отвечающие требованиям правильного хранения медико-санитарного имущества. Это положение тем более обязывает санитарные склады принимать все меры к сохранности имущества; трудные условия размещения должны максимально компенсироваться качеством ухода и сбережения.

Многое из того, что существует в нормальных условиях размещения стационарных складов, в полевых условиях, в условиях частой передислокации складов достигается путем импровизации. Сообразительность и хозяйственная сметка, использование подручных местных средств и материалов, инициатива и смелое решительное преодоление трудностей, — вот необходимые качества работников санитарных складов, которые должны проявляться тем ярче, чем сложнее и труднее обстановка. Многое зависит от того, насколько коллектив работников склада воспитан в духе социалистического отношения к имуществу и проявляет постоянную заботу сохранить имущество, уберечь его от вредного влияния солнечных лучей, дождя, снега, ветра и холода.

В том же складе т. Юльчевского, да и во многих других складах, можно наблюдать, как заботливой рукой, с применением примитивных средств, укрыто имущество от непогоды, под ящиками устроены подставки, медикаменты, портящиеся от света, оклеены темной бумагой и т. п.

Склад должен отличаться образцовым коллективом работников. Такой коллектив может вырасти только на основе глубокой повседневной работы не только по повышению квалификации работников, накоплению и обобщению опыта и знаний, но и по воспитанию среди них чувства советского патриотизма, высокого политико-морального состояния, понимания политических задач, преданности партии Ленина—Сталина и нашей социалистической Родине. Склад может

считаться образцовым, если в нем, наряду с хорошими производственными показателями, хорошо развернута и бьет ключом массовая партийно-политическая, комсомольская, профсоюзная и другая общественная работа, серьезная учеба по повышению идейно-теоретического уровня.

В санитарном складе, где основной состав работников — вольнонаемные, весьма важным вопросом является организация бытового обслуживания, в первую очередь — организация общественного питания. Склад, претендующий занять место образцового, всегда должен помнить об этой стороне дела.

Мы можем здесь остановиться еще только на одном очень важном вопросе, правильное решение которого определяет не только качество работы склада, но и работы 4-х отделов санупрвлений.

Речь идет об учете имущества. Образцовое состояние учета — непременное условие для склада, который поставил перед собой задачу стать образцовым. В общем, состояние учета на наших складах значительно поднялось, а во многих складах стало образцовым. К таким складам следует отнести склады, где тт. Равин, Бескровный, Рубин, Юльчевский и др. В этих складах учет поставлен в ажур, он правильно оформляется документально, ведется регулярная сверка параллельного учета с основным—в учетно-операционном отделе.

Призыв товарища Сталина в приказе № 220 от 7 ноября 1944 г. «стремительным натиском армий Объединенных наций в кратчайший срок сокрушить гитлеровскую Германию» для санитарных складов должен быть указанием на то, чтобы они стали в кратчайший срок образцовыми санитарными складами Красной Армии [1].

★

Проф. М. П. ДЕМЬЯНОВИЧ

ПЯТАЯ МОДИФИКАЦИЯ МЕТОДА ПРОФ. ДЕМЬЯНОВИЧА

Разработанный мной метод лечения чесотки основан на резком акарицидном действии серы и сернистого газа, выделяющихся при химическом распаде гипосульфита под влиянием действия соляной кислоты ($Na_2S_2O_3 + 2HCl = 2NaCl + H_2O + SO_2 + S$), на чесоточных клещей, их личинки, нимфы и яйца.

Первоначальная методика лечения чесотки заключалась в ежедневных втираниях в кожную поверхность растворов гипосульфита и соляной кислоты в течение 6 дней (1922). Надежный терапевтический эффект при отсутствии вредного влияния на кожу и общее состояние здоровья больных, а также опрятность, отсутствие пачкотни и порчи белья выгодно отличали метод от широко применявшегося ранее лечения чесотки мазями, в частности, мазью Вилькинсона.

В дальнейшем мои изыскания были направлены на разработку методики ускоренного лечения чесотки. Удалось разработать вторую и третью модификацию метода, при которых всю процедуру лечения можно было закончить в 90 и 45 минут.

Четвертая модификация метода существенно отличалась от предыдущих тем, что гипосульфит применялся не в виде водных растворов, а в виде мыльно-водной пасты; вся процедура лечения требовала всего лишь 30 минут.

За истекший более чем 22-летний период появившаяся в медицинской прессе литература свидетельствует о высокой терапевтической эффективности метода при отсутствии вредного влияния на кожу и общее состояние больных. Метод нашел широкое применение в медицинской практике. Мной и моими

[1] Обобщение опыта работы санитарных складов в Отечественную войну представляет исключительную ценность. Редакция ВМЖ призывает работников складов откликнуться на статью т. Тарицына присылкой материалов, характеризующих их работу в различных условиях боевой деятельности. — Ред.

сотрудниками по Дерматологическому институту Наркомзема метод проработан для лечения разных форм чесотки сельскохозяйственных и домашних животных.

Метод включен в ряд инструкций, приказов и распоряжений по Наркомздраву и Наркомзему.

Однако при реакции гипосульфит — соляная кислота для лечения, огромное количество гипосульфита остается неиспользованным, так как во избежание раздражения кожи приходится брать крайне малое количество к тому же сильно разведенной соляной кислоты (6%).

По ходу химической реакции 1 часть гипосульфита требует 2 части хлористого водорода или 6 частей концентрированной соляной кислоты, содержащих примерно 33% хлористого водорода, или же 100 частей того разведения ее, которое обычно применяют для лечения чесотки людей, что в практике вообще невозможно. Такая диспропорция гипосульфита и соляной кислоты, на что, в частности, обратил внимание Изэр (Huette) заставила нас искать возможности сокращения расхода гипосульфита путем замены соляной кислоты другим препаратом. Для упрощения метода и возможности пользования двумя пастами (вместо жидкостей) для применения в холодное время в плохо отапливаемом помещении надо было искать сухой компонент для замены жидкой соляной кислоты. Оказалось возможным вместо соляной кислоты пользоваться кислым сернокислым натрием (бисульфат натрием $NaHSO_4$), на что мне впервые указал в 1942 г. М. Г. Хатин. Смесь гипосульфита и бисульфата как в водных растворах, так и в виде порошков дает химическую реакцию, аналогичную реакции гипосульфит — соляная кислота, с образованием сернистого газа и свободной серы с той разницей, что вместо хлористого натрия образуется глауберова соль ($Na_2S_2O_2 + 2NaHSO_4 = 2Na_2SO_4 + H_2O + SO_2 + S$)

Замена соляной кислоты бисульфатом давала возможность максимального использования гипосульфита с максимальным получением серы и сернистого газа, что должно было повлечь за собой и максимальный терапевтический эффект. Экспериментальная проработка показала возможность применения бисульфата в повышенной концентрации, вплоть до применения насыщенных растворов, без опасения вызвать раздражение кожи. Она также показала возможность применения обоих реактивов, т. е. гипосульфита и бисульфата, не только в виде водных растворов, но и в виде паст, что позволяет проводить лечение в любых условиях лета и зимы, не опасаясь простуды. Проработка новой модификации метода проводилась мной совместно с М. И. Багаевой на клиническом и поликлиническом материале Центрального кожно-венерологического института Наркомздрава СССР, причем было испытано пять различных вариантов новой модификации метода: 1) гипосульфит и бисульфат в виде мыльных кремов; 2) гипосульфит в виде крема, бисульфат в виде раствора; 3) гипосульфит и бисульфат в виде растворов; 4) гипосульфит и бисульфат в виде растворов с добавлением в них 10% серы; 5) гипосульфит в виде раствора с серой, бисульфат в виде раствора без добавления серы. Методика лечения сводилась к втиранию в кожную поверхность сначала гипосульфита и непосредственно вслед за ним бисульфата; на каждое втирание требовалось примерно 6 минут, а на весь курс — 12 минут. После обсыхания больные одевались, кисти рук во избежание преждевременного смывания медикаментов при умывании или при мытье рук перед приемом пищи забинтовывались. Через 3 дня медикаменты смывались с кожной поверхности под душем или в бане, менялось нательное и постельное белье. Верхнее платье и постельные принадлежности проутюживались горячим утюгом. Таким образом, больные после проведенного лечения в течение 3 дней пользовались тем же самым нательным и постельным бельем, которым пользовались до лечения. За эти 3 дня происходила одновременно дезакаризация белья и кожи больного, обусловленная действием сернистого газа и серы, выделяющихся в результате химического распада гипосульфита под влиянием бисульфата. Эта реакция продолжается длительный срок при смешивании растворов, паст или порошков гипосульфита и бисульфата, в чем можно убедиться при проведении опыта в склянках, в которых смесь этих препаратов издает запах сернистого газа в течение свыше двух недель.

Для излечения чесотки, даже в случаях запущенных, обычно оказывается достаточным проведение одного курса лечения, требующего всего 12—15 минут. По нашим наблюдениям свыше 80% всех больных было излечено одним курсом

лечения при условии несмывания медикаментов с кожи в течение 3 дней. Второй курс лечения, если потребуется, лучше провести через 3—5 дней. Лучше пользоваться свежеприготовленными растворами или пастами, хотя по нашим наблюдениям растворы сохраняются длительный срок; пасты с течением времени нуждаются в новом растирании, так как со временем начинают выпадать крупные кристаллы медикаментов при уменьшении количества мыльных пузырьков. К успевшей высохнуть пасте требуется иногда добавить немного воды до получения нужной консистенции. Растворы и пасты гипосульфита и бисульфата следует готовить в одинаковой концентрации и при проведении лечения применять одинаковые количества гипосульфита и бисульфата, избегая избыточного количества бисульфата, который, оставаясь в излишке, вредно влияет на ткань белья, вызывает разрушение ее, подобно действию серной кислоты. Можно применять и насыщенные растворы гипосульфита и бисульфата, хотя терапевтический эффект получается и при применении 30% раствора. Можно готовить растворы в больших количествах на длительный срок при массовом проведении лечения чесоточных больных. Следует иметь в виду, что растворы гипосульфита получаются прозрачными, без осадка, а в растворах бисульфата обычно получается сероватый осадок (от посторонних примесей, обычно железистых соединений), почему эти растворы следует или процедить, или слить, а осадок выбросить.

Приготовление паст ведут следующим образом: 1 часть зеленого или хозяйственного мыла растирают в ступке при постепенном прибавлении 8 частей гипосульфита (или бисульфата). К полученному таким путем влажному порошку прибавляют, при продолжающемся растирании пестиком, 1 часть воды. Получается 80% паста. Паста гипосульфита напоминает белую цинковую мазь. Паста бисульфата получается жидковатой, вроде болтушки.

Для приготовления паст с пониженной концентрацией гипосульфита и бисульфата можно пользоваться другими основами. В частности, мы готовили пасты на омыленном стеарине, приготовляя как бы мыльный крем следующим порядком. Готовят горячий раствор из 150,0 воды, 2,0 поташа и 30,0 глицерина, к которому постепенно, при помешивании, добавляют по каплям 20,0 расплавленного стеарина. Готовить лучше на водяной бане. Имея в виду сильное вспенивание, стеарин нужно прибавлять понемногу, не переставая мешать и добавляя следующую порцию стеарина только по прекращении образования пены. Сосуд, в котором готовят крем, должен иметь значительно бо́льшую емкость во избежание переполнения его пеной. После окончания прибавления стеарина надо продолжать помешивание до полного прекращения пенообразования, после чего раствор охладить при помешивании или взбивании его. В качестве основы можно готовить крем с ланолином. В горячий раствор из 15,0 глицерина, 5,0 поташа и 170,0 воды постепенно, при помешивании, прибавляют горячий сплав из 50,0 стеарина и 60,0 ланолина до прекращения пенообразования, после чего смесь охлаждают при помешивании.

Можно применять гипосульфит и бисульфит в виде мазей. Следует иметь в виду, что крем с гипосульфитом получается всегда хороший, а крем с бисульфитом всегда имеет разжиженный характер, почему его следует готовить перед употреблением, а не впрок. В случаях, когда гипосульфит применяют в креме, можно применять бисульфат в растворе.

Терапевтическая эффективность применения препаратов в растворах, пастах или мазях примерно равноценна. В условиях плохо отапливаемых помещений в зимнее время удобнее применять препараты в виде паст, что следует иметь в виду при проведении лечения в военное время на фронте.

★

Майор медицинской службы А. Н. БАБИЙЧУК

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ ЧАСТЕЙ ВВС НА КУБАНИ И КЕРЧЕНСКОМ ПОЛУОСТРОВЕ В 1943 и 1944 гг.

Организация лечебно-эвакуационного обеспечения ВВС к началу Отечественной войны предусматривала следующие этапы санитарной эвакуации ВВС: пункт медицинской помощи аэродрома (ПМА), войсковой лазарет БАО (ВЛБ), авиагоспиталь.

Первые же дни Отечественной войны показали, что на ПМА и в ВЛБ оседала весьма незначительная часть раненых летно-подъемного состава. Боевая работа авиации велась преимущественно вблизи переднего края нашей обороны, раненые летного состава, выбрасывавшиеся на парашютах или совершившие вынужденную посадку в расположении стрелковых частей, попадали затем в МСБ и ППГ первой линии. Дальнейшая эвакуация раненых летчиков шла уже по общевойсковой системе санитарной эвакуации. Летный состав засылался в тыл, минуя вышеупомянутые этапы эвакуации ВВС.

В силу этих причин возникла необходимость не допускать напрасной засылки раненых летчиков в глубокий тыл, изымать их из общего потока эвакуации, концентрировать в одном из вышеуказанных лечебных учреждений ВВС.

В нашем соединении в течение первых двух лет Отечественной войны розыск раненых летчиков возглавлялся старшими врачами авиаполков при непосредственном участии медицинского состава ПМА.

Для проведения поисковых работ использовались прежде всего все средства связи, имевшиеся в распоряжении авиаполка и авиадивизии (телефон, телеграф, радио), непосредственное наблюдение за воздухом дежурного медицинского состава и постов ВНОС, сведения, получаемые от летных экипажей, возвращающихся с боевых заданий, санитарная авиация или авиация связи.

В период боев в районе ст. Крымская, Неберджаевская (на Кубани) в июне 1943 г. были организованы в непосредственной близости к переднему краю наших войск медицинские посты из личного состава санитарной службы ВВС.

Каждый медицинский пост состоял из одного медицинского офицера, в распоряжении которого находилась одна полуторатонная автомашина, оснащенная всем необходимым для оказания первой доврачебной медицинской помощи.

Медицинские посты располагались вблизи радиостанций наведения, недалеко от ВПУ армии, и были связаны через них телефонной и телеграфной связью со штабами всех наземных частей, действующих в данном районе. В необходимых случаях эти радиостанции наведения сообщали об этом на ВПУ и одновременно вызывали наземные войска и дежурную санитарную автомашину.

Раненый эвакуировался в армейский хирургический лазарет, организованный на передовом аэродроме в 15—18 км от ВПУ. Последний был оборудован всем необходимым для оказания квалифицированной хирургической помощи и дислоцирован в 7—8 км к северо-востоку от ст. Абинская в хуторе Новошкольный.

Развертывание этого армейского хирургического лазарета было организовано на базе войскового лазарета N-ского БАО; он был подкреплен необходимыми силами и средствами за счет БАО.

В этот же лазарет эвакуировались и раненые летчики, попавшие на общевойсковой этап санитарной эвакуации, но задержанные на РП наземных армий.

После оказания неотложной врачебной помощи в хирургическом лазарете все раненые летчики эвакуировались санитарными самолетами в авиагоспиталь.

Часть летного состава попадала прямо в авиагоспитали Краснодара, где «вылавливалась» и эвакуировалась санитарными самолетами в эвакогоспиталь.

По мере продвижения наших войск на запад, перемещались ВПУ, радиостанции наведения, а вместе с ними и медицинские посты.

После успешного форсирования в октябре 1943 г. войсками Северокавказского фронта Керченского пролива и создания плацдарма на Керченском полуострове

возникла необходимость в организации лечебно-эвакуационного обслуживания летного состава в районе Керченского пролива и Таманского полуострова.

Для указанной цели на базе войскового лазарета N-ского БАО, базировавшегося в ст. Фанталовская, усиленного силами и средствами войсковых лазаретов второго эшелона, был развернут армейский хирургический лазарет на 30 коек. Войсковой лазарет N-ского БАО, базирующегося в ст. Запорожская, был развернут за счет сил и средств самого БАО на 25 коек.

Таким образом, общее количество хирургических коек было доведено до 55, что полностью обеспечивало вышепоставленную задачу.

Для оказания медицинской помощи летно-подъемному составу у переднего края наших войск в районе ВПУ (на Керченском полуострове) вблизи радиостанций наведения были организованы 8 медицинских постов.

Медицинские посты должны были оказывать первую доврачебную помощь раненым летного состава, разыскивать их, доставлять на посадочную площадку санитарных самолетов (район Жуковка). Отсюда раненый авиатранспортом эвакуировался в вышеуказанные армейские хирургические лазареты.

На посадочной площадке для санитарных самолетов в блиндаже был организован небольшой стационар, где раненые летчики перед отправкой в лазареты получали пищу и отдых. После оказания раненым необходимой медицинской помощи в армейском хирургическом лазарете, при отсутствии противопоказаний для эвакуации авиатранспортом они эвакуировались санитарными самолетами в авиагоспиталь.

Для оказания медицинской помощи раненому летному составу в районе г. Тамань был развернут войсковой лазарет на 10 коек. Там был выделен врач-хирург с необходимым хирургическим инструментарием и хозяйственным имуществом. Для розыска и эвакуации раненого летного состава в распоряжение начальника лазарета было выделено два фельдшера и две санитарные автомашины, оснащенные всем необходимым.

Для совершавших вынужденную посадку на воду или выпрыгнувших на воду с парашютом были в декабре 1943 г. организованы посты на воде — в районе Жуковка, Опасная, Глейки, Юганов Кут, Кордон, Коса, Тузла, Тамань. Из состава N-ской военной флотилии были выделены мотоботы, глиссеры и торпедные катеры, которые были оснащены спасательными лодками (ЛАС-1), поясами и необходимым набором медикаментов. На плавсредствах установлены дежурства медсостава. На аэродроме Жуковка и посадочной площадке севернее высоты 175,0 дежурили два самолета У-2 с надувными лодками.

Вылет самолетов производился по личной инициативе летчиков или по приказу со станции наведения.

Всему летно-подъемному составу, совершающему боевые вылеты в район Керченского полуострова, было запрещено летать без спасательных поясов и жилетов.

Общее руководство эвакуацией и розыском раненого летно-подъемного состава было возложено на одного из дивизионных врачей ближайшей истребительной авиадивизии, части которой базировались на передовых аэродромах.

Для руководства работой медицинских постов на ВПУ был выделен один врач, который находился на центральной радиостанции наведения и координировал всю работу по розыску и эвакуации раненых.

Вышеописанная система розыска и эвакуации раненого летного состава себя оправдала, лишь единичные раненые летчики в эту операцию попали в общий поток эвакуации.

★

Майор медицинской службы канд. хим. наук И. Б. КОГАН

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИТЬЕВЫХ ВОД В ВОСТОЧНОЙ ПРУССИИ

Большинство колодцев расположено вблизи скотных дворов. Цементные стенки часто не достигают дна колодца, а заканчиваются в 2—3 метрах ниже поверхности земли, далее устроен деревянный сруб, в большинстве пришедший в ветхость. Глиняный замок отсутствует. Подача воды в 50% осуществляется накачиванием при помощи насоса. Крышки негерметичны. Почти все колодцы захламлены. В тех колодцах, где насосов нет, крышки, как правило, отсутствуют. Возможным источником загрязнения колодцев могут служить сточные воды, легко проникающие в колодец. Кроме того, на низких срубах, выдающихся только на 10—15 см над поверхностью земли, покрытых негерметичными крышками, скопляются грязь и нечистоты. При наполнении ведер с помощью насоса излишки воды смывают грязь с крышек, которая стекает в колодец.

Гигиеническому исследованию была подвергнута вода 80 колодцев.

На основании результатов химического анализа воды колодцы, в зависимости от содержания хлоридов, подразделены на три группы[1].

К первой группе отнесены колодцы с содержанием хлоридов до 50 мг/л, ко второй — до 100 мг/л, к третьей — свыше 100 мг/л.

Гигиенические показатели	Первая группа	Вторая группа	Третья группа
	средние данные		
	из 28 колодцев	из 28 колодцев	из 24 колодцев
Цветность по американской шкале в градусах	30	25	25
Окисляемость в мг/л O_2	13	30	30
Хлориды мг/л	36	72	170
Азот аммиака солевого мг/л	0,91	0,44	0,6
Азот нитритов мг/л	0,04	0,026	0,7
Железо мг/л	0,5	0,4	0,5
Титр кишечной палочки	1 см³	0,1 см³	0,1 см³

Значительное количество хлоридов в воде, а также высокая окисляемость указывают на большое загрязнение почвы органическими веществами.

Бактериологическое загрязнение воды, судя по титру кишечной палочки, весьма значительно.

Пользование колодцами указанного типа в полевых условиях допустимо лишь после выполнения следующих мероприятий: поднятие сруба на 0,75—1 м над уровнем земли; устройство отводного жолоба для стока воды у насосов; тщательная механическая очистка колодцев с последующей дезинфекцией хлорной известью; кипячение или хлорирование воды, предназначенной для питья.

★

[1] Анализ воды в основном проводила врач-специалист ст. лейтенант мед. службы А. И. Лебедева.

Капитан медицинской службы Д. Е. ДЖЕМС-ЛЕВИ

ЛЕЧЕНИЕ ПОТЛИВОСТИ НОГ УРОТРОПИНОМ

Для профилактики потертостей, отморожений и борьбы с потливостью ног чаще всего рекомендуют смазывание потеющих поверхностей раствором формалина различной крепости — от 1 до 5% или припудривание ног 5% борной кислотой с тальком. Однако формалин далеко не всегда дает благоприятный результат, а к тому же в условиях полевой обстановки применение формалина затруднительно.

Более целесообразно применение порошкообразного уротропина. Этот метод лечения хотя и не является новым, но мало известен врачам и мало употребителен, несмотря на то, что дает прекрасные результаты. Выделяющийся при обработке ног уротропином формальдегид действует гораздо интенсивнее и дольше. Мы наблюдали около 200 случаев лечения потливости уротропином с хорошими результатами после двух-трех, а иногда и одного припудривания даже при значительной опрелости ног. Наступало стойкое дубление кожи с прекращением потливости. Случаев, когда уротропин не помог, мы не наблюдали. С течением времени верхние слои продубленной кожи отделяются в виде пласта; молодая кожица обычно не обладает повышенной потливостью. Единственным осложнением являются наблюдающиеся иногда (у нас имелись в 2% случаев) трещины кожи стоп как следствие слишком обильного припудривания и, следовательно, пересушивания кожи.

На основании опыта личного и других войсковых врачей я считаю этот метод наиболее эффективным, удобным и заслуживающим внедрения в широкую практику.

★

Канд. мед. наук доц. А. Н. ОБРОСОВ

КОМПЛЕКТ ПЕРЕДВИЖНОЙ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ АППАРАТУРЫ

Из Государственного института физиотерапии (дир.—доц. Г. С. Варшавер, научн. руковод. — проф. А. И. Нестеров)

Великая отечественная война предъявила ряд новых требований к организации медико-санитарных учреждений как в отношении дислокации, так и в отношении оснащения. Комплексная терапия с применением физических методов лечения на разных этапах эвакуации уже нашла применение и должна быть развернута еще более широко. Однако если госпитали глубокого тыла имеют стационарную физиотерапевтическую аппаратуру, то не все фронтовые госпитали могут использовать громоздкие стационарные аппараты.

Наиболее пригодны для эксплоатации в условиях фронта портативные физиотерапевтические аппараты. Они компактны, легки для перевозки, удобны для упаковки, просты в эксплоатации и расходуют во много раз меньше электроэнергии, чем стационарные аппараты.

Государственным институтом физиотерапии разработан комплект аппаратов и необходимых принадлежностей, пригодных для работы в условиях фронтовых и прифронтовых госпиталей.

По согласованию с ГВСУ Красной Армии в основу комплектования был положен принцип максимального использования портативных аппаратов массового или серийного производства, снабжение которыми может осуществляться бесле-

ребойно и в достаточном количестве. В комплект включены лишь практически наиболее нужные в условиях военной обстановки аппараты. Методы, пользующиеся преимущественным распространением, обеспечены двойным количеством аппаратов и принадлежностей (ультрафиолетовые и светотепловые облучения, гальванизация). Из комплекта исключены аппараты, применение которых в прифронтовых госпиталях ограничено (фарадизация, д'арсонвализация, диатермия, франклинизация), и все то, что может быть получено из инвентаря и имущества госпиталя, получающего комплект (мягкий и жесткий инвентарь, бинты и т. п.).

Для стандартной и удобной укладки комплекта служат форменные ящики, принятые ГВСУ Красной Армии для других комплектов, соответственно приспособленные к данному комплекту. Они достаточно прочны и могут быть использованы в качестве подставок или столиков под аппараты. Комплект рассчитан на питание не только от центральной или местной электросети, но и от подвижных станций переменного или постоянного тока при напряжении в 110—120 V. Станция не включена в комплект, так как обычно обслуживает весь госпиталь.

Комплект снабжен центральным распределительным щитом с 10 штепсельными розетками, индикатором величины напряжения сети и двухпроводным кабелем в 40 м для присоединения щита к местной сети или станции. Включение в комплект щита и кабеля вместе с необходимым количеством удлинительных проводов и переходных колодок позволяет обходиться без специальной внутренней проводки. Кабель может быть приключен к любым точкам магистрали или ввода или, наконец, непосредственно к подвижной электростанции, а аппараты могут быть присоединены прямо к распределительному щиту.

Институт отказался от комплектования кабинета в специально приспособленной автомашине, имея в виду нецелесообразность специализации автомобиля и его омертвления в период функционирования кабинета. Все аппараты, принадлежности и материалы, помещенные в форменные ящики, могут быть перевозимы любым видом транспорта.

Институт отказался и от устройства специальной амортизации для аппаратов, исходя из того, что портативные аппараты завода ЭМА и других мастерских имеют механическую крепость, достаточную для обычной транспортировки. Электронные и осветительные лампы при перевозке комплекта помещаются в предназначенных для них гнездах в обычной фабричной упаковке. Ртутно-кварцевые горелки, находясь на своем месте в рефлекторе, полностью обеспечены от порчи. Запасные же ртутно-кварцевые горелки помещены в заводской мягкой упаковке.

В комплект включен наиболее необходимый технический инструмент.

Весь комплект, по утвержденному ГВСУ Красной Армии табелю, состоит из 5 ящиков и включает в себя следующее:

1. Ртутно-кварцевые лампы, портативные, на 120—220 V переменного и 120 V постоянного тока с горелкой типа РК-4-2—2.
2. Ленты сантиметровые — 2.
3. Очки защитные — 5.
4. Горелки запасные типа РК-4-2 — 2.
5. Лампы соллюкс портативные на 120—220 V — 2.
6. Аппараты для гальванизации на 120—220 V переменного и 120 V постоянного тока — 2.
7. Провода для гальванизации с припаянными свинцовыми электродами — 4.
8. Свинец для электродов 300×500×0,5 мм—1 кусок.
9. Салфетки прокладочные для гальванизации 50 × 50 см — 10.
10. Бинты резиновые для фиксации электродов — 2.
11. Флаконы стеклянные для лекарственных растворов — 6.
12. Иодистый калий сухой 400,0—1 банка.
13. Салициловый натрий сухой 400,0 — 1 банка.
14. Хлористый кальций сухой 200,0—1 банка.
15. Кенотроны 5 ЦЧС для гальванических аппаратов — 2.
16. Вазелин борный в тубах — 2.
17. Часы песочные на 20 минут — 10.
18. Ножницы материальные — 1.
19. Пинцеты анатомические — 2.
20. Лампа инфракрасных лучей настольная с элементами на 120 или 220 V переменного и постоянного тока — 1.

21. Рефлекторы Минина — 2.
22. Лампы электрические для рефлектора Минина — 4.
23. Ванна световая на 4 лампы складная — 1.
24. Лампы электрические для световых ванн — 8.
25. Ванна железная ножная — 1.
26. Ванна железная ручная — 1.
27. Термометры для измерения температуры воды в деревянной оправе — 2.
28. Парафинонагреватель — 1.
29. Электроплитка на 120 или 220 V переменного и постоянного тока со шнуром — 1.
30. Примус трехгорелочный для парафинотерапии — 1.
31. Прочищалки для примусных горелок — 10.
32. Клеенка двусторонняя для парафинотерапии — 1 м.
33. Кисть-флейц для парафинотерапии — 1.
34. Кисть акварельная № 12 — 1.
35. Термометры химические до 100° для измерения температуры парафина—2.
36. Стерилизатор электрический на 120—220 V переменного и постоянного тока — 1.
37. УВЧ-генератор портативный типа УВЧ-40 на 120 и 220 V переменного тока с комплектом гибких электродов из 4 пар, с фидером и неоновой лампой на изолированной рукоятке — 1.
38. Лампы для УВЧ-генератора УО-186—6.
39. Лампа для УВЧ-генератора ВО-188 — 1.
40. Щит распределительный с предохранителями, вольтметром или индикатором напряжения, рубильником, 10 штепсельными розетками и 40 м кабеля в резиновой изоляции — 1.
41. Шнуры удлинительные — 5.
42. Колодки переходные к шнурам — 3.
43. Бидоны для керосина и бензина с пробкой — 4.
44. Технический инструментарий: пассатижи, отвертка, молоток, гвозди, шламбур, напильник, олово, канифоль, бумага наждачная, лента изоляционная, провод и шнур в концах — 1 комплект.

Питающее устройство[1]

1. Генератор постоянного тока на 120 V или переменного тока на 120 V с бензиновым двигателем — 1 комплект.

2. Ящик инструментальный и описание генератора и двигателя — 1 комплект.

Весь комплект весит 162 кг при общем габарите в 120 × 160 × 95 см. Такой вес и габарит дают возможность поместить и транспортировать весь комплект вместе с имуществом госпиталя на любой грузовой автомашине или даже телеге.

Все аппараты и принадлежности в укладочных ящиках имеют свои гнезда, обозначенные в общем списке и в списке, приложенном к каждому ящику, что позволяет быстро уложить их на место. На развертывание такого кабинета, учитывая подводку к щиту питающего электротока, требуется не более 1 часа, а на свертывание его достаточно 30 минут.

Для одновременной эксплоатации всех включенных в комплект аппаратов требуется мощность порядка 3,71 kW при переменном токе и 3,46 kW при постоянном (при наличии последнего не может быть использован УВЧ-генератор, так как его силовой трансформатор может питаться лишь переменным током). Расход тока при одновременной работе всех аппаратов при напряжении в питающей сети 120 V составляет 37 А. Учитывая, что обычный коэфициент одновременности работы аппаратов составляет не более 0,6—0,7, сечение провода питающей магистрали может быть дано в 2,5 мм². Ниже этого сечения магистральные провода сети обычно и не бывают.

К комплекту прилагается инструкция, содержащая список и рисунки размещения содержимого каждого ящика, эксплоатационные данные, условия транспорта, правила подготовки аппаратов к эксплоатации при различных токах и напряжениях, указания по эксплоатации аппаратуры и основные сведения по устра-

[1] Придается по особому указанию ГВСУ Красной Армии.

нению наиболее частых неисправностей, возникающих в процессе эксплоатации, а также электрические принципиальные схемы аппаратов, необходимые при производстве ремонта на месте. Комплект одобрен Московским обществом физиотерапевтов и принят специальной комиссией ГВСУ Красной Армии.

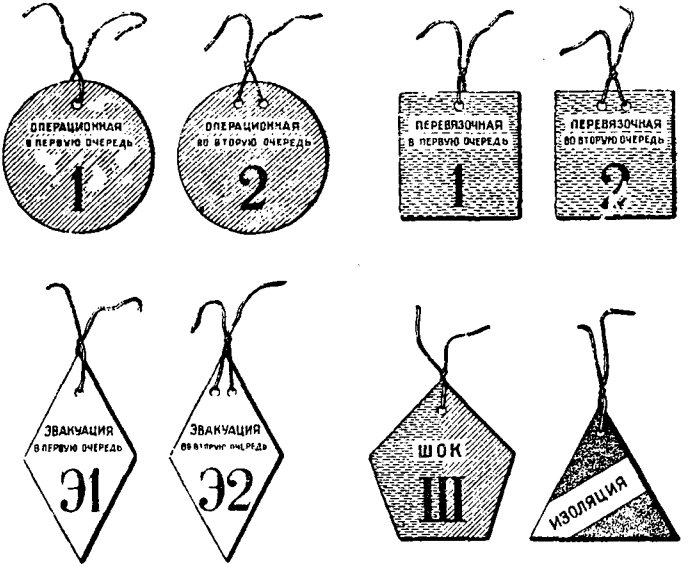
★

Капитан медицинской службы Ф. РУДАКОВ

ФИГУРНО-ЦВЕТНЫЕ МАРКИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СОРТИРОВЩИКА

При поступлении значительного количества раненых (300—700 человек в течение суток) только с помощью цветной маркировки можно правильно решить вопрос об объеме и очередности подачи раненым квалифицированной медицинской помощи.

Часто применяемые готовые (отпечатанные на обыкновенной бумаге) марки обычно прикалываются к одежде, повязке на видном месте простой булавкой.



Запаса булавок и марок хватает иногда на два-три дня операции, булавки обычно теряются, марки рвутся, в результате сортировка идет без марок, самотеком. Я те же четырехугольные марки стал наклеивать на картон и к марке привязывать шнурочек для подвешивания марки к петле или пуговице гимнастерки раненого. Такую марку трудно потерять, а надобность в булавках отпала.

Однако картон и шнурочек не устранили все претензии к цветной марке. Часто приходилось принимать поток раненых в ночное время и одновременно соблюдать тщательную светомаскировку от вражеской авиации. Раненые находились в сараях, палатках. В это время цветная маркировка не удовлетворяла нас, так как цвета при ослабленном свете плохо различались, приходилось подносить коптилку или фонарь близко к марке, что отнимало много времени.

Я предлагаю делать цветные фигурные марки. Эти марки в принципе сходны с существующими, имеют те же цвета, что и бумажные, однако отличаются формой, а число отверстий для шнурка дополнительно обозначает указанную на марке очередность (одно отверстие — первая очередь; два отверстия — вторая очередь).

Таким образом они доступны к распознаванию и при недостаточном освещении.

Подполковник медицинской службы канд. мед. наук В. В. ШУНАЕВ

АВИАМЕТОД В БОРЬБЕ С ГРЫЗУНАМИ

Опыт борьбы с грызунами авиаметодом показывает, что в определенных условиях он может дать результат до 70—90%. Основное достоинство метода заключается в его простоте и минимальной затрате рабочей силы. Один самолет У-2 с соответствующим приспособлением для распыления за один самолетовылет обрабатывает площадь в 25—30 га (груз ядоматериала 150—180 кг, расход на 1 га 5—6 кг). В течение рабочего дня один самолет обрабатывает площадь в 250—300 га. Для обслуживания самолета требуется: пилот — 1, бортмеханик — 1, инструктор-дератизатор — 1, рабочих для загрузки самолета — 2, итого 5 чел. Для обработки этой же площади общепринятыми методами требуется 100—200 человек.

Для применения авиаметода в борьбе с грызунами должны быть следующие условия:

1. Плотность грызунов (мышевидных) на 1 га не менее 1 000, иначе метод становится менее рентабельным. Чем крупнее вид грызуна, тем меньше может быть его плотность.

2. Обрабатываемая площадь должна иметь растительный покров высотой 5—16 см. Такая высота обеспечивает мелкому грызуну легкую досягаемость листьев растительного покрова, на которых и задерживается распыляемый с самолета ядоматериал. Это условие обязательное, одно из основных, обусловливающее результат истребительных работ. Этим же условием определяется и сезонность метода (весна — яровые всходы, осень — озимые).

3. Обрабатываемая площадь должна быть сплошным массивом в 25—30 га и более.

4. Возможность изоляции обработанных площадей от домашних животных в течение 10—15 дней с момента авиаопыления.

Техника обработки площадей вполне аналогична той, которая применяется при опылении водоемов в борьбе с комарами, и участков, зараженных саранчой.

Из ядоматериалов для авиаметода на первое место должны быть поставлены арсенат кальция и белый мышьяк (As_2O_3). Основные требования к ядоматериалу: а) минимальная вредность для растительного покрова (ожоги), что особенно следует учитывать при обработке площадей, засеянных культурами; б) величина частиц препарата не больше 45 μ. Такое качество помола обеспечит задержку ядоматериала на растительном покрове; при более крупном помоле яд падает на землю и утрачивает свое значение.

Метеорологические условия должны быть максимально благоприятными как в момент опыления, так в ближайшие 2—3 дня после опыления. Дожди, ветры снимают с растительного покрова ядоматериал, вследствие чего эффективность истребительных работ может оказаться равной нулю.

Расход ядоматериала (5—6 кг на 1 га) при авиаметоде безусловно больше, чем при обычных методах затравки норм приманки. Эта разница будет тем больше, чем меньше плотность грызунов, но перерасход вполне окупается вышеуказанными достоинствами авиаметода [1].

★

---

[1] Предлагаемый метод борьбы с грызунами следует отнести к перспективным методам; он не разработан во всех необходимых деталях, нуждается в тщательном изучении. Желательно быстрейшее усовершенствование описываемого метода дератизации. При удаче этот метод может оказаться исключительно эффективным. — Редакция.

В МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ И НА НАУЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ

2-я ФРОНТОВАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПЕРВОГО БЕЛОРУССКОГО ФРОНТА

28—29.XII.1944 г. состоялась 2-я хирургическая конференция I Белорусского фронта. Она подвела итоги хирургической работы за летнюю боевую операцию и наметила важнейшие задачи на предстоящий период наступательных операций.

На конференции был заслушан доклад генерал-майора мед. службы Барабанова «О медико-санитарном обеспечении летних наступательных операций в 1944 г.». В докладе подчеркивалась необходимость максимального резервирования фронтовых госпиталей и максимального их приближения к переднему краю к началу наступательных операций. Докладчик подробно остановился на особенностях обеспечения лечебно-эвакуационной деятельности в боях за овладение водными рубежами и при боевых операциях в населенных пунктах, в частности, на территории противника.

Генерал-майор мед. службы проф. Попов в докладе «О хирургической работе в летних наступательных операциях 1944 г.» подвел итоги накопленного опыта организации хирургической работы и лечения раненых; докладчик также подчеркнул необходимость приближения фронтовых и армейских госпиталей к переднему краю и максимального их резервирования. Для обеспечения своевременной хирургической помощи раненым в период прорыва оборонительной полосы противника необходимо максимальное усиление работающих госпиталей, особенно в войсковом и армейском районах, за счет фронтовых и армейских групп ОРМУ и АХО и выделения работников резервными госпиталями. Для успешного обеспечения специализированной помощью необходим ряд мероприятий, в том числе специализация общехирургических групп ОРМУ. Докладчик отметил результаты, полученные фронтом в хирургической работе при неуклонном проведении в жизнь принципов единой военно-полевой доктрины. Отметив достижения в борьбе с шоком, эффективность новых кровозамещающих и противошоковых растворов Попова, применяемых в массовом масштабе, успехи в лечении газовой гангрены, ранений груди, живота и ранений бедра, докладчик подробно остановился на недостатках и на мерах их устранения.

С трибуны конференции выступили представители всех этапов санитарной службы на переднем крае — санинструкторы, фельдшеры, старшие врачи полков и начсандивы. Они поделились богатым опытом и сообщили о применяемых ими методах и достигнутых успехах.

Помимо санитарно-тактических вопросов, конференция заслушала и обсудила ряд клинических докладов. В докладах и прениях было отмечено улучшение качества хирургической работы, иллюстрированное рядом цифровых данных. Подполковник медицинской службы Галушко подверг анализу данные по проникающим ранениям грудной клетки. До 94% этих раненых поступает в МСБ и ХППГ в течение первых 10—12 часов; ваго-симпатическая блокада осуществлялась почти в 100% в МСБ и в 100% в ХППГ. Высокая активность хирургов МСБ обеспечила неотложную хирургическую помощь почти всем этим раненым уже в МСБ. Майор медицинской службы Дмитриев в докладе — «О лечении вторично открывшихся пневмотораксов и инфицированных гемотораксов» подчеркнул большое значение герметизации грудной клетки и хорошей эвакуации экссудата с обязательным обеспечением отрицательного давления в плевральной полости. Операцию Коннорса в ранние сроки производить не следует, за исключением случаев гнилостной инфекции, где необходимо операцию Коннорса осуществлять немедленно, как только установлен диагноз. С большим вниманием собравшиеся выслушали выступление генерал-майора медицинской службы заслу-

женного деятеля науки профессора Левита, который широко рекомендовал хирургам войскового и армейского районов пользоваться при проникающих ранениях грудной клетки ваго-симпатической блокадой, производить обработку ран с иссечением поврежденных тканей, резецировать края поврежденных ребер, тщательно зашивать открытый пневмоторакс, опорожняя в последующем грудную клетку от крови и воздуха. Во всех случаях необходимо стремиться к созданию отрицательного давления в плевральной полости.

С докладами о способах лечения ранений голени и осложнениях их в войсковом, армейском и фронтовом районах выступили: полковник мед. службы проф. Хоров, майор мед. службы Костюнин, подполковник мед. службы Михайлов и майор мед. службы Иванченко. Докладчики обратили внимание на то, что огнестрельные повреждения голени дают наибольшее количество осложнений, среди которых самыми частыми являются остеомиэлиты, гнойные затеки, контрактуры и газовая инфекция. Лечение ранений голени должно быть более активным и сводиться, как правило, к оперативному удалению всех пораженных участков кости и к созданию свободной открытой рационально расположенной контрапертуры. При гнойниках и гнойных затеках необходимо радикально обеспечить отток гноя из глубоко расположенных гнойников. Докладчики широко осветили вопрос о ранней и правильной транспортной и лечебной иммобилизации.

Подполковник мед. службы Григорович в докладе «Этапное лечение огнестрельных ранений позвоночника» рекомендовал более широко прибегать к ламинэктомии как в ранние, так и в более поздние сроки. Расстройство мочеиспускания или недержание мочи при повреждении спинного мозга служит показанием к наложению пузырного свища.

Всего на конференции было заслушано 25 докладов и 35 выступлений в прениях. Отдельные выступления сопровождались показом таблиц, приборов, рентгеновских снимков, научного кинофильма, демонстрацией изобретений и рационализаторских материалов, созданных хирургами фронта в практической работе.

В конце конференции выступил член Военного Совета фронта генерал-лейтенант Телегин. Отметив успехи, достигнутые хирургами за истекший период, он обратил внимание делегатов на ряд недочетов, касающихся организации и тактики санслужбы фронта и выдвинул ряд первоочередных задач по дальнейшему совершенствованию работы.

Специальная выставка отражала огромный материал отчетного, научного и рационализаторского характера.

Конференция прошла на высоком теоретическом уровне и, несомненно, сыграет большую роль в подготовке хирургов фронта к работе в предстоящих наступательных операциях.

Генерал-майор медицинской службы ***А. Я. Барабанов***
Генерал-майор медицинской службы проф. ***В. И. Попов***

★

ОКРУЖНАЯ НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ВРАЧЕЙ ПриВО

23—25 октября 1944 г. в Казани состоялась окружная научная конференция врачей госпиталей, созванная санитарным отделом Приволжского военного округа. В работах конференции приняло участие свыше 200 врачей госпиталей округа, главным образом хирургов и терапевтов, а также профессоров медицинских вузов и научных учреждений, находящихся на территории округа. Основной задачей конференции являлось освещение опыта работы гарнизонных госпиталей округа, подведение итогов проделанной ими научной работы и разработка мероприятий по наиболее эффективному применению новейших методов диагностики, терапии и профилактики ряда заболеваний.

Тематикой конференции были актуальные вопросы лечения длительно не заживающих ран и трофических язв после огнестрельных ранений, лечения язвенной болезни желудка, алиментарной дистрофии, острых гепатитов, борьбы с дизентерией. Конференция заслушала и обсудила 25 докладов на вышеуказанные темы.

Особый интерес вызвали доклады о длительно не заживающих огнестрельных ранах.

Главный хирург ПриВО доц. Серебренников остановился на генезе и терапии этих осложнений, проф. Шляпников — на патологической анатомии длительно не заживающих ран. Докладчики установили значительное участие периферической нервной системы в возникновении указанных осложнений и наметили соответствующие пути терапевтического воздействия.

Вопросы язвенной болезни военного времени были представлены в докладах проф. Малкина (Казань) и учеников проф. Оглоблина (Саратов).

В докладах была подчеркнута необходимость решительной борьбы с поздней госпитализацией острых осложнений язвенной болезни, а также необходимость расширения показаний к хирургическому вмешательству при хронических часто обостряющихся язвах.

Особо тщательному обсуждению подвергся вопрос о лечебных мероприятиях при желудочных кровотечениях у язвенных больных. Конференция пришла к единодушному мнению, что одно консервативное лечение их является недостаточным, в соответствующих случаях необходимо и хирургическое лечение.

Подполковник медицинской службы доц. Барбанчик в результате своих клинических наблюдений установил частое совпадение болевого синдрома язвенной болезни с типичными явлениями стенокардии, подтвержденными электрокардиографическими изменениями, характерными для недостаточности коронарного кровоснабжения.

Главный терапевт Приволжского военного округа доц. Барбанчик в своем докладе о болезнях, связанных с расстройством питания, поставил вопрос об изменениях сердечно-сосудистой системы при нарушении общего питания.

Проф. Шляпников в своем докладе с демонстрацией гистологических препаратов осветил важнейшие патологоанатомические изменения при алиментарной дистрофии. Им, в частности, были представлены интересные исследования изменений со стороны нервных элементов и эндокринного аппарата, в значительной мере уточняющие представление о патогенезе этого страдания.

Проф. Малкин представил свои интересные результаты наблюдений над биологическим действием никотиновой кислоты, подчеркнув ее особую терапевтическую ценность при авитаминозах группы В. Проф. Катеров остановился на значении изменений минерального обмена при нарушениях общего питания.

Доклады и прения на тему острого гепатита выяснили интересные факты.

Так, острые гепатиты с лептоспирозной этиологией протекали нередко по типу обычной, так называемой катаральной, желтухи, без внепеченочных явлений, без синдрома желтухи Вейля; бывали нередкие вспышки острого гепатита с легким, бестемпературным течением на почве пищевых токсикозов, в частности, в результате применения в пищу некондиционных жиров, содержащих альдегиды и кетоны. Дизентерия, которая в виде спорадических вспышек появляется в частях округа, была освещена в докладах майора медицинской службы Любашевского, подполковника медицинской службы Станишевского и капитана медицинской службы Гинзбурга.

Докладчики подробно изложили клинические и эпидемиологические особенности дизентерии у лиц ослабленных и истощенных. Подытожен большой опыт борьбы с дизентерийными вспышками в воинских частях, и, наконец, представлены богатейшие наблюдения по сульфамидотерапии дизентерии.

С заключительным словом на конференции выступил начальник санитарного отдела ПриВО полковник медицинской службы Хенкин.

Подполковник медицинской службы доцент *С. Д. Бунимович*

★

Акад. И. Д. СТРАШУН

ИЗ ПРОШЛОГО ВОЕННО-САНИТАРНОЙ МЫСЛИ[1]

Во время нашествия Наполеона в 1812 г., при оставлении жителями Смоленска, из этого города ушел со своей матерью 15-летний гимназист Роман Четыркин, будущий замечательный военно-санитарный деятель. Проведя много времени в лесах, в постоянном страхе и больших лишениях, Четыркин с матерью после изгнания Наполеона из России вернулся в Смоленск, окончил гимназию и в 1813 г. отправился в Петербург для поступления в Медико-хирургическую академию. В 1817 г., 20-летним юношей, Роман Сергеевич Четыркин (1797—1865) был уже врачом (медицинским и ветеринарным) Финляндского драгунского полка. Здесь в полку начали складываться первые наброски будущего «Опыта военно-медицинской полиции».

Четыркин в жестокую пору аракчеевщины стремился при всяком удобном случае показать, что солдат — также человек и что он вправе требовать к себе внимания и заботы.

Эта основная мысль пронизывает первый труд Р. С. Четыркина, вышедший 110 лет назад. Его «Опыт» предназначен, по мысли автора, не только как пособие врачу, но и как руководство «для военного начальника».

Часть содержания книги Четыркина заимствована из работ других авторов. Четыркин непрерывно следил за литературой, но прекрасно написанная глава «Причины повальных и заразительных болезней и меры к их предупреждению и прекращению» является совершенно новой.

Однако основное, что делает «Опыт» Четыркина первым, это пронизывающий всю книгу гуманизм и широкое понимание здоровья как психо-физической проблемы. Несмотря на сухой язык «Опыта» (для удобства усвоения он разбит на 7 глав и 215 параграфов), на протяжении всех 194 страниц книги чувствуется живое сердце, полное сочувствия и любви к народу, к русскому солдату, сквозит горячее желание помочь ему нести тяготы военной 25-летней службы в строю и облегчить ему возможность выполнения до конца своего патриотического долга перед родиной.

Ключ «Опыта» находится в разделе «Обращение с солдатами». Четыркин говорит:

«Тайна доведения солдат до возможности степени совершенства в военном деле — *преодолевать все нужды, труды и опасности для одержания победы над неприятелем* (курсив Четыркина) без возбуждения в них угнетающих страстей и ослабления душевных сил, а следовательно, *без нарушения здоровья* (курсив наш), — сия тайна заключается в искусстве управлять их волею. Чтобы правильно управлять волею солдат, необходимо знать те пружины, коими приводится она в действие, нужно знать их способности, душевные и телесные, их наклонности, характер» (§ 112).

Отсюда вытекает требование, чтобы в основе деятельности военного врача лежало прежде всего познание народного характера, наклонностей и физического развития солдата, а затем уже изучение всех условий внешней среды, которые могут приводить к возникновению армейских болезней.

Сам Четыркин набрасывает великолепную характеристику особенностей русского солдата:

---

[1] «Опыт военно-медицинской полиции, или правила к сохранению здоровья русских солдат в сухопутной службе». Сочинение Романа Четыркина. СПБ. 1834. 6н. + IV + 4н. + 194 стр., 8°.

«Простой и суровой жизни, холодному климату, приучению с малолетства к перенесению стужи, ненастья и трудов русские обязаны крепким сложением своим, делающим их способными противустоять всем нуждам физическим.

Силы душевные вполне отвечают их телосложению. Они имеют хороший, здоровый и оборотливый ум, сметливость, предприимчивость и понятливость, характер отчасти скорый, нетерпеливый, но дружелюбный, откровенный и добрый. Они скоро и легко постигают службу, терпеливо переносят все ее требования; но строгость в начальнике для русского необходима» (§ 114).

«Каждый из них имеет что-нибудь свое; иной более понятлив и рассудителен, другой — менее, склонности одного лучше, добрее, другого — порочнее. С одними нужна строгость, с другими — кротость и терпение» (§ 118).

Молодой, неокрепший еще человек, поступая в войска, подвергался резким внешним изменениям климата и образа жизни. Четыркин подчеркивает, что «к сим переменам физическим присоединяются и моральные. Рекрут с горестью, тоской оставляет своих родных, знакомых, разрывает нередко связи семейные. В самом деле, что он найдет, возвратясь, через четверть века спустя, в родные места! Неудивительно после сего, если рекруты по большей части в юном возрасте, с телом еще несовершенно развившимся, легко подвергаются в сем периоде их жизни разным изнурительным, часто нервным болезням».

Поэтому он предупреждает врачей, чтобы они в случаях нервных и других изнурительных болезней среди рекрутов искали главную причину в тоске по родине, грусти и других душевных страданиях и старались «со всей кротостью и терпением ослаблять сии страсти, *без чего и самое лечение не может быть никогда успешно*, в чем убедила меня 16-летняя моя военная практика» (курсив наш).

Четыркин требует кроткого и терпеливого обращения с рекрутами, чтобы излишней строгостью не вызвать отвращения к службе, а «*несоразмерными физическим силам и понятию трудами не препятствовать развитию организма и не расстроить здоровье*» (курсив наш) *(§ 15)*.

Призыв Четыркина не остался тщетным. Ученик Пирогова А. А. Генрици в своих «Записках о восточной войне 1854—1855 г.» утверждает, что санитарное состояние было лучше в тех частях, командиры которых прошли в войсках школу «медицинской полиции» Четыркина.

Р. С. Четыркин впоследствии был генерал-штаб-доктором действующей армии, он долгое время был главным медицинским инспектором гражданского управления Царства Польского. Он явился инициатором целого ряда замечательных инструкций, положений и может считаться одним из самых выдающихся творцов врачебно-санитарного законодательства.

Великой заслугой Р. С. Четыркина является то, что он неустанно воспитывал русского военного врача в духе суворовской традиции «беречь солдата».

В одном из своих позднейших приказов (июнь 1848 г.) он прямо ставил перед врачами задачу «показать на самом деле деятельность, усердие и любовь к исполнению своего долга — содействовать к уменьшению болезненности и смертности в армии».

При этом он требовал, чтобы врачи не ограничивались лишь «одним холодным содействием» своему ближайшему военному начальству, а горели рвением, и являлись по отношению к строевому начальнику «*указателем и вместе с тем, так сказать, контролером исполнения*» (курсив наш).

Неувядаемы также указания Четыркина, что «медик путем убеждения должен достигнуть, чтобы воинские чины поняли, что сохранение здоровья их зависит от точного исполнения врачебных правил».

★

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ТАНКОВОЙ БРИГАДЫ ПРИ ВВОДЕ ЕЕ В ПРОРЫВ

Кропотливая подготовительная работа проводилась задолго до начала операции.

Все было продумано с таким расчетом, чтобы в части не было ни одной жертвы по вине санслужбы, чтобы все раненые были своевременно подобраны с поля боя, чтобы не было перебоев в обеспечении транспортом, перевязочным и другим медицинским материалом, чтобы силы медицинского состава знали свои места и свои обязанности и в случае выхода из строя могли быть быстро заменены, чтобы личный состав бригады в совершенстве владел навыком самопомощи и взаимопомощи.

Медицинский состав на устраиваемых бригадой учениях совершенствовался практически в работе, предстоящей при введении бригады в прорыв. Специальной медицинской подготовкой была предусмотрена тщательная обработка всех элементов помощи различным группам раненых, транспортная иммобилизация и эвакуация раненых как с поля боя, так и на дальнейший этап эвакуации. Был выделен специальный боекомплект перевязочного и другого медицинского материала, который мог бы обеспечить максимальное количество раненых бесперебойно в течение 5—7 дней. Были скомплектованы специальные аптечки противохимической защиты. Все было рассчитано, чтобы взять все необходимое и не брать ничего лишнего. Аптечки танков были пополнены. Личный состав получил индивидуальные перевязочные пакеты и был обучен оказанию самопомощи и взаимопомощи при ранениях. Санавтотранспорт был приведен в порядок и соответствующим образом оборудован, приспособлен для перевозки раненых и больных в зимнее время.

Эта подготовка дала положительные результаты в проводимых в дальнейшем боевых операциях.

В процессе ведения боя санслужбе приходилось сталкиваться с такими положениями, когда автотранспорт не мог двигаться за боевыми порядками танков ввиду взрыва мостов и отсутствия других переправ. Санслужба в таком случае выделяла несколько человек с комплектами Б-1 и направляла их вместе с танками, которые при завязывании боя с противником концентрировали раненых до подхода машин с поста санитарного транспорта в имеющихся домах, селениях или траншеях. То же происходило и в тот период, когда бригада была оторвана от тылов. Все ранее предусмотренное на учениях пригодилось в бою. При нахождении нескольких танков в окружении в течение многих дней помощь раненым оказывали ротные санработники.

Иногда санитарную сумку приходилось менять на автомат и спасать раненых от противника.

Ответственна роль в санитарном обеспечении фельдшера батальона. Он движется вместе с танками и первый соприкасается с ранеными и должен постоянно держать связь с постом санитарного транспорта.

Некоторые фельдшеры батальонов могли в случае вывода из строя экипажа вывести танк сами, так как вождению обучались в период подготовки к боям.

В проводимых операциях на нашем участке фельдшера Марков Пармеев, Дедков и санинструктор Стеценко удостоены правительственных наград. Не один десяток раненых обязан спасением жизни этим медицинским работникам.

Для эвакуации раненых санслужба располагала автосантранспортом, в том числе бронетранспортером и бронированной автомашиной, которые курсировали между действующими танками и постом санитарного транспорта, доставляя раненых. Этим достигалась своевременная эвакуация раненых и ограждение их от

повторных ранений. Так как иногда бригада действовала в разных направлениях, то пришлось высылать несколько постов санитарного транспорта, а медсанвзвод располагать соответственно каждому на равном расстоянии. 98% раненых нашей части проходили через наш медсанвзвод. Остальные же, легко раненые, сами проходили в ближайшие БМП и ПМП других частей. На этапах эвакуации медсанвзвода мы не имели среди раненых смертных случаев.

Прошедшие бои показали, насколько важна своевременная подготовка по обеспечению личного состава санитарным обслуживанием.

Наряду с подготовкой к работе по оказанию медицинской помощи не забывалась и профилактическая работа. В нашей бригаде в силу этого случаи инфекционных заболеваний сведены до минимума, что сыграло немаловажную роль в увеличении боеспособности личного состава.

Санитарная служба бригады, накопившая достаточный боевой опыт, вполне была подготовлена к предстоявшим боям. Наши танкисты могли быть спокойны, что санитарные работники не покинут их в бою и не оставят без медицинской помощи.

Гвардии майор медицинской службы ***П. Д. Беляев***

★

Клиническое применение пенициллина. Florey M. E. (Brit. Med. Bull., 1944, 2, 1, 4—13).

Еще до клинического испытания пенициллина лабораторные исследования показали, при каких инфекциях он эффективен, в каких дозах его можно применять без риска токсических осложнений, как его вводить. Оказалось, что при пероральном применении он инактивируется кислым желудочным соком; что ввиду его быстрого выделения из организма почками его надо вводить часто; что тяжелые металлы и окисляющие вещества нейтрализуют его действие и не должны применяться для подготовки ран к местному лечению пенициллином. Присутствие гноя не влияет на активность препарата.

Клиническое испытание его было впервые произведено в 1941 г. на 200 больных преимущественно стафилококковыми инфекциями. Из этих больных у 143 получилось полное выздоровление, у 43 улучшение, у 14 больных пенициллин почти не дал эффекта. В эффективных случаях наблюдалась быстрая стерилизация отделяемого, уменьшение воспалительных явлений, восстановление функции.

Из 150 случаев ожогов, леченных в 1943 г., все случаи стафилококковой и стрептококковой инфекции дали быстрое улучшение с последующей хорошей приживляемостью кожных трансплантатов.

Из 500 случаев, леченных пенициллином в США (1943), улучшение или выздоровление было получено в 366 случаях, отсутствие эффекта отмечено в 40 и смерть наступила в 94 случаях. Из 366 случаев излечения 129 представляют собой случаи гонорреи; все больные без исключения положительно реагировали на препарат. Успешно излечивалась пенициллином и пневмония.

Совершенно не действовал пенициллин даже при продолжительном применении на подострый бактериальный эндокардит (зеленый стрептококк).

При испытании в 100 случаях инфекции кисти руки пенициллин дал в 95% стерилизацию ран в конце первой недели, в контрольных 100 случаях это достигалось при других методах лечения только в 25% и то после продолжительного лечения. Пенициллин сразу успокаивал боли, уменьшал отделение гноя, ограничивал рост грануляций. Быстро восстанавливались движения, при заживлении образовывались гладкие безболезненные рубцы. Пальцы во всех случаях сохранялись. Число рабочих дней, сбереженных благодаря применению пенициллина, составило в общей сложности несколько лет.

На фронте пенициллин дал возможность применять первичный шов при ранениях мягких тканей. Из 171 раны, обработанной пенициллином, полное заживление наблюдалось в 104 случаях, неполное — в 60 и отсутствие заживления — в 7 случаях при трехнедельном сроке наблюдения. Менее показательные результаты были получены при огнестрельных переломах.

При внутреннем применении пенициллина в 7 случаях газовой гангрены четверо больных выздоровело. Из проникающих ранений мозга (23 случая) в 3 был смертельный исход (в 2 случаях имелась инфекция грамположительными возбудителями). Очень быстрые и успешные результаты при боевых ранениях были получены при раннем начале лечения пенициллином.

На основании ряда наблюдений пенициллин нужно считать профилактическим средством против инфекции ран, средством, ускоряющим заживление ожогов и обеспечивающим успешную пересадку кожи, излечивающим инфекции хронические и острые, не уступающие другим методам лечения, острые инфекции вызванные возбудителями, чувствительными к пенициллину, менингит, гонорею, включая сульфамидорезистентные случаи, пневмонию и, повидимому, газовую гангрену.

Пенициллин быстро выделяется из крови и относительно долго задерживается в почках, поэтому он эффективен при мочевой (стафилококковой и стрептококковой) инфекции в относительно небольших дозах. Лечение пенициллином при тяжелых септических инфекциях сопровождалось улучшением состава крас-

ной и белой крови. Динамика изменений белой крови служит указанием на эффективность препарата.

При инфекциях серозных полостей или мозговых оболочек пенициллин нужно применять местно — внутриплеврально, внутрибрюшинно и субдурально, в полость суставов и т. п.

Токсических явлений от пенициллина не наблюдалось.

При остеомиэлите лечение пенициллином быстро останавливало инфекционный процесс и предупреждало образование секвестров.

Применение пенициллина совершенно бесполезно при инфекциях с возбудителями, нечувствительными к препарату. Полное исчезновение инфекции зависит от чувствительности возбудителя, от достаточной дозировки препарата, отсутствия некротической ткани и полного доступа к месту инфекции.

В опытах in vitro у бактерий может развиться устойчивость к пенициллину; имеются и соответствующие клинические наблюдения.

В отношении дозировки и способов введения перечисляются следующие: подкожный, внутривенный и внутримышечный методы, местное применение в виде растворов порошка пенициллина, растворов порошка пенициллина с порошком сульфатиазола или в виде порошков для инсуфляции, паст на ланолине, касторовом масле с водой, вазелиновых мазей (глазные болезни). Инъекции растворов в полости делаются каждые 6—12 часов в течение 5 дней, каждый раз после аспирации гноя.

Лечение надо начинать сразу с большой дозы и продолжать до полного устранения всех очагов инфекции. Некротические ткани должны удаляться хирургическим путем.

Симптомы благоприятного действия состоят в улучшении общего состояния больных, изменении бактериальной флоры отделяемого, уменьшении лейкоцитоза и анемии при общих инфекциях, в исчезновении болей, гноя, инфильтрации и опухания, восстановлении функции при местных инфекционных процессах.

Клиническое применение пенициллина, противобактерийного агента биологического происхождения («The journal of the American Medical Association», 1944, march 4, p. 622—627).

В 1929 г. Флеммминг (Flemming) нашел, что на питательной среде, на которой рос Penicillium notatum, не могли расти некоторые патогенные микробы. Он назвал это задерживающее рост микробов вещество пенициллином. К несчастью, пенициллин не получал клинического применения в течение 11 лет со времени наблюдений Флеммминга.

Одно из первых сообщений пенициллине было сделано Доусоном (Dawson) и его сотрудниками на заседании Американского общества клинических исследований в мае 1941 г. В добавление к сообщению об изучении антибактерийного действия пенициллина Доусон и его сотрудники упомянули вкратце о применении его при инфекциях у людей. Это сообщение побудило многих исследователей попытаться приготовить пенициллин и проводить его дальнейшее изучение. В августе 1941 г. оксфордские исследователи сообщили о совершенно очищенном препарате пенициллина и дали также оведении о первых клинических результатах. В декабре 1941 г. Обществу американских бактериологов были представлены экспериментальные наблюдения над антибактерийным действием пенициллина, проведенные в клинике Мейо (Mayo). Вслед за этим Гейльман (Heilman) и автор приготовили и получили небольшое количество пенициллина для своих исследований. В 1942 г. Гейльман, Вильямс (Williams) и автор сообщили о наблюдениях над клинической эффективностью пенициллина, согласующихся с результатами, опубликованными оксфордскими исследователями. Напечатанный в августе 1943 г. Кифером (Keefer) и его сотрудниками отчет о лечении пенициллином инфекционных заболеваний снова подтвердил результаты применения этого вещества, опубликованные предыдущими исследователями.

Препараты пенициллина, пригодные для клинического применения. Для клинических целей применялись натриевая и кальциевая соли пенициллина. Практически все экспериментальные и клинические работы с пенициллином относятся к изучению действия натриевой соли пенициллина. Натриевая соль пенициллина гигроскопична; она легко разлагается при изменении концентрации ионов в окружающей среде и чувствительна к окисляющим агентам; ее изменяют тепло, алкоголи и металлы. Вследствие этих и других свойств пенициллин следует держать в ледяном ящике при температуре не

выше 5°С. Это вещество отпускается обычно в запаянных ампулах, в возможно сухом состоянии.

Оксфордские исследователи сообщили в 1942 и 1943 гг. о своих наблюдениях над действием кальциевой соли пенициллина. Они нашли, что она негигроскопична и что с нею удобнее обращаться, чем с натриевой солью. Они пользовались ею для местного лечения. Однако по их впечатлению испытанная ими кальциевая соль была небезопасной при внутримышечном и внутривенном применении. Недавно Никольс (Nichols) и автор исследовали кальциевую соль пенициллина Винтропа (Winthrop). Мощность исследованной кальциевой соли составляла 146 оксфордских единиц в 1 мг, содержание кальция в соли было 5,6%. Изготовитель этой соли нашел ее совершенно безопасной при подкожном и внутривенном применении у мышей.

Мы нашли, что кальциевая соль несколько менее токсична для клеточных элементов, чем обычно применяемая теперь натриевая соль. В нашей лаборатории мы не могли обнаружить какой-либо потери активности кальциевой соли, хранившейся в сухом состоянии в запаянных ампулах при комнатной температуре без доступа света в продолжение 56 дней. На основании этого и других наблюдений мы полагаем, что кальциевую соль надо считать безопасной для внутривенной и внутримышечной терапии.

Пенициллин применялся местно, внутривенно, внутримышечно и субдурально.

Для местного лечения пригодны как натриевая и кальциевая соли пенициллина, так и фильтраты питательных сред, содержащие пенициллин. По опубликованным данным, при этой форме лечения кальциевая соль превосходит натриевую. Причина этого лежит в стойкости и легкости обращения с данным веществом. Различие в цитотоксичности этих двух препаратов несущественно. Так как для местной терапии имеется много антибактериальных агентов подобной силы, то мы не считали себя вправе пользоваться с этой целью тем ограниченным количеством пенициллина, которым располагали. Для местного лечения бактериальных инфекций очень удовлетворительна сульфамидная терапия; очень удовлетворительные результаты дают также другие агенты, как грамицидин и синтетические четырехзамещенные аммониевые соединения.

Что касается внутримышечного применения, то повторные инъекции пенициллина в дозах от 10 000 до 20 000 оксфордских единиц, растворенного в 5—10 см³ изотонического раствора хлористого натрия или дестиллированной воды, являются, несомненно, надежным способом. Тем не менее этой способ имеет некоторые недостатки. Так как пенициллин довольно быстро исчезает из кровяного тока, то при таком способе назначения его требуются повторные инъекции его через каждые 3—4 часа в течение круглых суток. Это отнимает значительное время у медицинского персонала. Далее, если назначать таким образом по 20 000 единиц через 3 часа, то суточная доза составит для одного больного 160 000 оксфордских единиц. Поэтому в целях сбережения ограниченного доступного нам количества пенициллина мы пользовались способом внутримышечных инъекций лишь в тех случаях, когда применение внутривенного капельного введения было неосуществимо.

Внутривенное применение возможно двумя способами. Некоторые советуют вводить через каждые 2 или 3 часа концентрированный раствор пенициллина (10 000 оксфордских единиц в 10 см³). Суточная доза при этом будет от 80 000 до 120 000 единиц. Требуются большие дозы и повторные венепункции, но клинические результаты могут получиться удовлетворительные. Если промежутки между повторными внутривенными инъекциями больше 2 часов, то важно помнить, что наступит период, в течение которого в крови будет мало пенициллина или не будет вовсе. Это нежелательно, особенно при лечении инфекций кровяного тока. По опыту автора, наиболее пригодным способом является постоянное или почти постоянное внутривенное введение пенициллина. Достаточной суточной дозой пенициллина при лечении инфекций средней тяжести и тяжелых оказались 40 000 оксфордских единиц. Половину суточной дозы растворяют в 1 л изотонического раствора хлористого натрия. Пенициллин можно назначать в 5% растворе декстрозы в трижды дестиллированной воде; однако непрерывное введение декстрозы может иногда вызывать раздражение вены. Поэтому мы назначаем пенициллин в растворе декстрозы только в тех случаях, когда применение хлористого натрия нежелательно. Сначала около

100—200 см³ раствора вводят быстро, а затем скорость введения раствора устанавливают в 30—40 капель в минуту. Второй литр жидкости, содержащий половину суточной дозы пенициллина, присоединяют к аппарату для непрерывного внутривенного вливания через 8—10 часов. Повторной пункции вены избегают, медленно вливая по каплям раствор глюкозы в течение того промежутка времени, когда по той или иной причине не дают больному следующую порцию пенициллина. Глубоко в вену вводят трансфузионную иглу Льюисона (Lewisohn) 18-го калибра и укрепляют ее липким пластырем. Для удерживания руки в нужном положении применяют простую ручную шину. Она хорошо переносится больным и делает этот способ применения пенициллина удобным для больного. Некоторым больным, получающим пенициллин таким образом, можно разрешать сидеть во время лечения. Удавалось вводить пенициллин, не меняя иглы или аппарата для вливания в течение 8 дней.

Раммелькамп (Rammelkamp) и Кифер сделали интересное наблюдение, что после внутривенного введения здоровым людям пенициллина в спинномозговой жидкости его не обнаруживают. Наблюдения Никольса и автора подтвердили это. Мы вводили внутривенно 30 000 единиц пенициллина в течение 15 минут больному, не имевшему заметных повреждений центральной нервной системы, и не могли обнаружить пенициллина в спинномозговой жидкости, извлеченной через 30 и через 60 минут после внутривенной инъекции. Мы не определяли, происходит ли такое же явление при заболеваниях, захватывающих спинномозговой аппарат, как, например, при менингите. Поэтому в настоящее время представляется желательным при лечении больных менингитом дополнять внутривенную терапию введением один раз в сутки субдурально от 5 000 до 10 000 оксфордских единиц пенициллина.

Что касается дозировки пенициллина, то при лечении 62 больных мы только в 2 случаях нашли необходимым применять больше 40 000 единиц в сутки. Эти двое больных получили в течение 1—2 дней суточную дозу между 40 000 и 60 000 единиц, но дозу выше этой мы не назначали ни в одном случае. Наши случаи представляли очень характерные инфекции средней тяжести и тяжелые. Например, 16 больных страдали септицемией, и посевы крови перед лечением были у всех положительные.

При стандартизации пенициллина наиболее распространенным оказался способ испытания пенициллина, описанный Абрагамом (Abraham) и его сотрудниками, известный под названием «оксфордский метод». Единицей считается такое количество пенициллина, которое при условиях испытания образует зону задержки роста микробов диаметром в 24 мм. Единицей можно также считать такое количество пенициллина, которое неизменно задерживает рост культуры микроба, принятого в исследованиях оксфордских работников.

Токсические реакции

Из осложнений при применении пенициллина следует упомянуть о лихорадке и тромбофлебитах.

Некоторые исследователи говорили об ознобе и лихорадке. Мы пользовались исключительно пенициллином, свободным от пирогенных веществ, и ни в одном случае не наблюдали указанной реакции.

В 3 из 62 случаев мы наблюдали легкое раздражение вен. Во всех трех случаях реакция быстро проходила после перемены места внутривенного капельного вливания. Интересно, что это происходило только в тех случаях, когда пенициллин назначался в 5% растворе декстрозы. Продолжительное введение декстрозы может в некоторых случаях само по себе вызвать раздражение вен. Более крепкие растворы пенициллина, чем применявшиеся нами, может быть, послужили причиной нескольких случаев флебита, наблюдавшихся в результате пенициллинотерапии. Вполне возможно также, что эта реакция может объясняться наличием в препарате пенициллина некоторых веществ, употребляемых в процессе изготовления пенициллина. Автор не может утверждать с уверенностью, что только что упомянутые возможности действительно являются факторами, вызывающими «пенициллиновый флебит». В нашем опыте эта реакция, конечно, совершенно не причиняла беспокойства.

Сводка данных и выводы

Наше клиническое наблюдение над применением пенициллина у 62 больных, страдавших различными бактериальными инфекциями, убеждает нас, что пенициллин является высоко эффективным противомикробным агентом в отношении чувствительных к нему патогенных микробов. Среди заболеваний, при которых применялся пенициллин, были инфекции, вызванные золотистым стафилококком, гонококком Нейссера, стрептококком и др. Удовлетворительные результаты получены в 48 случаях из 62. В 3 случаях результат был сомнительный, а неуспех или смерть произошли в 11 случаях, причем в пяти из них было заболевание острым или подострым бактериальным эндокардитом. Если исключить эти последние 5 случаев, число случаев с удовлетворительным результатом было бы 48 из 57 (84%).

При лечении указанных бактериальных инфекций применялась как натриевая, так и кальциевая соль пенициллина. И ту, и другую соль можно применять место или вводить внутривенно или внутримышечно. Кальциевая соль, повидимому, более стойка.

Опыт с этой группой случаев, повидимому, оправдывает заключение, что для лечения описанных инфекций достаточно 40 000 единиц пенициллина в сутки. В наших руках наиболее удовлетворительным был способ капельного внутривенного вливания пенициллина. В некоторых случаях может быть столь же удовлетворительным введение пенициллина внутримышечно с промежутками. Однако если опыт показывает, что при внутримышечном прерывистом способе требуются бо́льшие дозы, чем при внутримышечном капельном вливании, то первый способ в настоящее время не является методом выбора. Пенициллин следует больше всего приберегать для инфекций, резистентных к сульфамидным препаратам. Лечение микробных инфекций пенициллином не исключает необходимости общеврачебных и хирургических мероприятий.

Лечение гонорреи пенициллином. Сообщение о 1 000 случаев гонорреи, устойчивой к сульфамидам, и о 100 случаях острой, ранее не леченной гонорреи. Robinson, J. N. (Brit. J. surg., 1944, 32, Special Penicillin Issue, 211—214).

Резистентными к сульфамидам считались заболевания при отсутствии какого-либо улучшения после десятидневного лечения сульфамидами. Эта категория больных и должна была подвергаться лечению пенициллином. Кроме того, лечению пенициллином были подвергнуты все больные, у которых на протяжении химиотерапевтического лечения развились осложнения (эпидидимит, простатит или абсцесс). 947 больным пенициллин вводился внутримышечно в количестве 10 000 единиц каждый час или по 20 000 единиц каждые 3 часа, всего в количестве 100 000 единиц. В 53 случаях эта дозировка не дала желаемого результата и потребовался дополнительный курс лечения, 40 человекам было введено по 10 000 единиц с часовым промежутком, и 3 больным было сделано 5 инъекций по 20 000 единиц (всего 100 000 единиц дополнительно), тогда как 3 больных получили еще по 130 000 единиц и 7 больных — по 150 000 единиц; из последней группы 3 человекам вводилось дополнительно еще 200 000 единиц (каждые 3 часа по 20 000 единиц).

Заболевания в большинстве случаев были длительные — от 1 до 44 недель (в среднем 4 недели), и больные до назначения пенициллина подвергались уже разнообразному лечению. В последнее время всех больных, не получавших улучшения от химиотерапии, как правило, сразу направляли на пенициллинотерапию. Первые 500 больных получали в среднем по 80 г сульфатиазола или сульфадиазина, или оба эти препарата; некоторые пробовали лечиться также сульфапиридином или сульфаниламидом. 78 больных были подвергнуты также местному лечению и 33 получали сверх сульфатпрепаратов пирогенные вещества. Вторые 500 человек получили каждый в среднем только по 40 г сульфатиазола или сульфадиазина. В той и другой группах 642 больных лечились обоими препаратами (23,6%—только сульфатиазолом и 12,4% — только сульфадиазином). Ни один из больных второй группы не получал ни местного лечения, ни пирогенных веществ.

Мазки из уретрального отделяемого исследовались до начала и в конце лечения у всех больных. К выписке из больницы допускались только те больные, у которых три мазка и не менее двух посевов дали отрицательные

результаты. При поражениях предстательной железы требовался также отрицательный результат посева простатической жидкости.

В первой группе из 947 (94,7%) больных благоприятный результат был получен уже от одного курса лечения (100 000 единиц). Из них у 606 (63,9%) была поражена только передняя часть уретры, у 341 (36,1%) заболевание распространялось и на заднюю часть. Из этих 341 больных у 73 имелись также другие осложнения: у 40—острый эпидидимит (в 4 случаях двусторонний), у 28—простатит (в 21 случае хронический, в 5 случаях острый и в 2 случаях с абсцессом); кроме того, у 3 больных имелась периуретральная опухоль без ясного образования абсцесса, у 1 больного — парафимоз и у 1 — острый баланит. Случаи заднего уретрита излечивались так же быстро, как поражения передней части. Осложнения эпидидимитом и простатитом требовали более продолжительного лечения. Исчезновение уретрального отделяемого и других симптомов у каждого из больных этой группы достигалось за 15 дней; у 916 больных уже на 5-й день не было отделяемого (у большинства из них уже через 3 дня после лечения пенициллином). Остальные освободились от симптомов между 5-м и 15-м днем. Мазки и культуры на следующий день после лечения давали отрицательный результат и оставались отрицательными в течение всего времени пребывания в больнице. Водянистое отделяемое наблюдалось у большинства больных еще 3 дня, а у многих и дольше. У нескольких больных один мазок давал положительный результат, тогда как дальнейшее наблюдение не обнаруживало гонококков. Эти больные излечивались без каких-либо дополнительных мероприятий. У других больных прекращения отделений, не содержащих гонококков, можно достичь расширением мочеиспускательного канала, так как они обычно вызываются стриктурой уретры. Исследование мазков на протяжении лечения и тотчас по его окончании не имеет преимуществ перед регулярным исследованием спустя 12 часов после лечения. В ряде случаев отрицательные данные получались уже после введения 40 000 единиц пенициллина и у многих тотчас по окончании лечения.

У больных с острым или хроническим простатитом, сопровождающимся нагноением, мазки и посевы из простатической жидкости давали отрицательный результат на 7-й день после лечения пенициллином, и только в 4 случаях потребовался более продолжительный срок, но все же менее 15 дней. Ректальное исследование не выявляло чего-либо патологического уже на 10-й день во всех случаях, за исключением четырех, потребовавших для излечения несколько более продолжительных сроков.

При остром эпидидимите опухоль яичка полностью исчезла в 25 случаях к концу первой недели, в остальных — к концу второй недели. В 3 случаях периуретральной индурации излечение было достигнуто на 5-й день после лечения.

Таким образом, через 1 день после пенициллиновой терапии явные признаки гонорреи исчезали, но удаление погибших тканей требовало еще 7 дней или несколько дольше.

Во второй группе из 53 (5,3%) больных по окончании всего лечения мазки и посевы тоже давали отрицательный результат. У 30 больных этой группы имелся только передний уретрит, тогда как у 23 человек была поражена и задняя часть мочеиспускательного канала. Осложнения имелись только в 2 случаях — у одного больного острый эпидидимит, а у другого простатит. У 2 больных острый эпидидимит развился спустя 2 дня после окончания первого курса лечения пенициллином (100 000 единиц); он быстро исчез после второго курса лечения.

По окончании первого курса лечения у 32 больных выделения из уретры спустя 4 дня прекратились, но в дальнейшем возобновились, тогда как в остальных 21 случае выделения продолжались вплоть до окончания второго курса лечения. Все мазки уретрального отделяемого на следующее утро после окончания первого курса лечения давали отрицательный результат, но затем гонококки вновь обнаруживались — в 4 случаях на 2-й день, в 12 случаях на 3-й день, в 6 случаях на 4-й день и в остальных — в различные сроки, до 21 дня. У 2 больных не было никаких признаков гонорреи и положительный посев был получен только после массажа предстательной железы.

Ко второму курсу лечения мы приступали тогда, когда два положительных мазка или посева подтверждали наличие гонококков, т. е. обычно по истечении не менее 7 дней по окончании первого курса.

Эффект от второго курса лечения был благоприятный во всех случаях, за исключением трех, потребовавших третьего курса лечения для окончательного устранения гонорреи. Уретральные выделения прекратились на 3-й день в 42 случаях и на 7-й день в остальных 8 случаях, но в 3 случаях последовал новый рецидив. Все 4 случая эпидидимита, включая 2 случая, развившиеся после первого курса лечения, оказались полностью излеченными через 4 дня после второго курса лечения.

В 3 случаях, потребовавших третьего курса лечения, уретральное отделяемое с положительным мазком было обнаружено вновь через 4 дня после окончания предыдущего курса; после введения еще 200 000 единиц пенициллина симптомы гонорреи не возобновились.

В 16 из 53 случаев, не давших благоприятного результата после первого курса лечения, были произведены посевы отделяемого уретры. Во всех этих случаях, включая также 2 случая, потребовавшие третьего курса лечения, гонококки оставались чувствительными к пенициллину.

Если уретрит дольше 5 дней не поддается действию пенициллина, рекомендуется обследовать мочеиспускательный канал и предстательную железу.

Никаких побочных явлений пенициллин не вызывал, и лишь у нескольких больных наблюдалось незначительное и кратковременное повышение температуры.

Около 15% больных явилось для повторного обследования. У 2 больных, получивших два курса лечения, в простатической жидкости были обнаружены гонококки, во всех других случаях посевы этой жидкости спустя 4 недели по окончании лечения пенициллином оказались стерильными. Уретрального отделяемого не наблюдалось ни в одном случае. Исследования мочи, производившиеся каждую неделю, давали отрицательные результаты.

Больные, направлявшиеся для лечения пенициллином немедленно после появления уретрального отделяемого без какого-либо предварительного лечения, получали внутримышечно каждые 2 часа по 20 000 единиц пенициллина или 5 доз с промежутками в 3 часа до общего количества в 100 000 единиц. Средняя продолжительность болезни исчислялась в 3 дня, но в отдельных случаях колебалась от 1 до 39 дней. Госпитализации было подвергнуто 72 больных; продолжительность пребывания в госпитале составляла в среднем 5,9 дня; остальные 28 больных лечились амбулаторно, оставаясь в клинике 8 часов. Наличие гонорреи подтверждалось перед лечением нахождением гонококков в мазках из уретрального отделяемого. По окончании лечения пенициллином больных выписывали только после того, как три мазка и один посев давали отрицательные результаты. Амбулаторные больные переходили под наблюдение врача соответствующей части.

Благоприятный результат получен у 100 больных, но в 3 случаях потребовалось дополнительное лечение. У 1 больного рецидив наступил еще во время пребывания в госпитале, у 2 больных гонококки были обнаружены при повторном осмотре через 4 недели после лечения. После повторного курса лечения результат оказался стойким. У 2 больных имелись осложнения в виде эпидидимито-орхита, исчезнувшие спустя 9 дней после лечения. Исследования мазков давали отрицательные результаты спустя 24 часа после лечения; водянистое отделяемое исчезало в большинстве случаев через 48 часов. Если уретрит держался дольше 48 часов, то причиной его оказывалась стриктура в передней части мочеиспускательного канала, быстро поддававшаяся расширению.

У одного больного после введения 60 000 единиц пенициллина наблюдалось повышение температуры до 38,5°, державшееся 4 часа.

При проверке состояния больного через 30 дней после окончания лечения мазки и посевы давали отрицательные результаты, за исключением упомянутых выше 2 случаев.

Таким образом, пенициллин может считаться наиболее эффективным средством против гонорреи. Однако 100 000 единиц не всегда достаточно для окончательного излечения — возможны рецидивы. Если излечение не достигается и двумя курсами, то рекомендуется произвести тщательное обследование всего мочеполового тракта. Лечение должно вестись на высоком уровне, с тщательным последующим осмотром через 4 недели после окончания лечения.

Раннее применение пенициллина может тормозить развитие первичного или вторичного сифилиса; поэтому необходимо в течение не менее 5 месяцев еже-

месячно производить серодиагностические пробы. Автор наблюдал у 5 больных, леченных пенициллином от гонорреи и никогда не имевших проявлений ни первичного, ни вторичного сифилиса, первое появление положительной реакции Кана спустя 2 месяца после лечения пенициллином.

Лечение пенициллином мужской гонорреи. Ferguson Ch. and Bodultz M. (J. Amer. Med. Assoc., 6, 1944, 22—23).

При лечении пенициллином 753 больных гонорреей неудачи наблюдались в 29 случаях (4%). При дозе в 100 000 единиц неудач не было. В группе из 387 больных, получивших по 80 000 единиц, неудачный исход лечения был только в 10 случаях (3%).

В случаях с неудачным результатом лечения пенициллином проводилась следующая терапия: у 4 больных, кроме химиотерапии, применялась лихорадочная терапия. Сульфатиазол назначался по 1,0 через 4 часа до получения 6,0, а затем в течение 2 часов назначалась лихорадочная терапия. У 5 больных терапевтический эффект был получен после повторного лечения пенициллином в количестве 175 000 единиц, которые вводились внутримышечно (7 раз по 25 000 единиц через 3 часа).

Доза пенициллина, необходимая для излечения гонорреи, составляет 120 000 единиц, которые следует вводить по 20 000 единиц 6 раз. При этой методике лечения получен успешный результат во всех 42 случаях.

Хороший эффект получен у 381 больного при следующей схеме лечения: при первой инъекции вводилось 20 000 единиц, затем 4 раза по 10 000 единиц, при последней инъекции — снова 20 000 единиц, а всего на курс лечения назначалось 80 000 единиц. При этой методике наблюдалось всего 2% неудач. Никаких побочных реакций при лечении пенициллином не отмечалось.

Рентгенотерапия газовой гангрене (The Journal of the American Medical Association", 19.4, march 4, p. 651).

9.II агентство Associated Press опубликовало, что д-р Джемс Ф. Келли (J F. Kelly), омахский врач и рентгенотерапевт Крейфтонского университета, заявил, что применение сульфамидов при лечении раненых, страдающих газовой гангреной, безрезультатно и что в этих случаях рентгенотерапией можно было бы предупредить или остановить инфекцию и тем самым обойтись без ампутирования ног и рук. Д-р Келли утверждал, что «Служба общественного здоровья Соединенных штатов и Национальный исследовательский совет не проводили тщательного изучения применения рентгеновских лучей для предупреждения раневых инфекций» и что «Американская медицинская ассоциация не сообщила о благоприятных результатах применения лучей Рентгена».

Вслед за опубликованием этой статьи Военно-санитарное управление армии Соединенных штатов запросило по этому вопросу Национальный исследовательский совет через подкомиссию по радиологии отдела медицинских наук. Вопрос был тотчас расследован, и дано следующее заключение.

«Роль рентгенотерапии в лечении газовой гангрены интересовала эту комиссию в продолжение нескольких лет. В будущем, как и в прошлом, комиссия будет продолжать интересоваться этой проблемой. Настоящее мнение комиссии, основанное на постоянном изучении работ многих исследователей, таково: до настоящего времени эффективность применения рентгеновских лучей при лечении газовой гангрены не установлена, поэтому применение рентгенотерапии при газовой гангрене пока еще находится в стадии эксперимента».

★

Генерал-лейтенант медицинской службы Н. Н. Еланский, **Военно-полевая хирургия**, 1945.

Книга разделяется на три части: 1) организационные вопросы; 2) общая часть; 3) частная военно-полевая хирургия.

В первом разделе книги, наряду с характеристикой понятия «военно-полевая хирургия», даются основные сведения по сортировке и эвакуации раненых; излагаются принципы этапного лечения ран; разбирается объем помощи на отдельных этапах санитарной эвакуации, организация помощи в войсковом районе, начиная с ротного участка; дается характеристика лечебных учреждений армейского района (ППГ, ЭГ, СЭГ, ГЛР и т. д.).

В общей части автор дает описание травматического шока и организацию его лечения; разбирает вопросы кровотечения; приводит описание ран, их классификацию; описывает раневую инфекцию; лечение огнестрельных ран. В отдельные главы выделены поражения, обязанные химическим и термическим воздействиям, и лечение огнестрельных переломов.

В третьем разделе отдельные главы посвящены ранениям головы, грудной клетки, конечностей и т. д.

Книга написана предельно сжато и хорошим языком. В ней излагаются общепринятые в Красной Армии сведения по вопросам военно-полевой хирургии. Весьма ценно, что автор в конце глав первого раздела приводит ошибки, которые очень часто допускаются как при организации лечебных учреждений, так и при разработке объема помощи в них.

Надо пожалеть, что распределительным постам (РП) как в войсковом, так и в армейском районе не уделено никакого внимания. Также при описании СЭГ следовало бы характеристике его работы в армейском и фронтовом районах уделить отдельное место. Кроме того, СЭГ нельзя делать единственным и самодовлеющим центром сортировки раненых.

Контингенты раненных в голову, бедро, суставы и т. д. целесообразнее прямо с рампы (РП) направлять в соответствующие профилированные эвакогоспитали ГБА второго эшелона. Не следует также перегружать специализированные ХППГ (например, костный) другими категориями раненых, кроме раненых в бедро, тазобедренный и коленный суставы.

Вместо организации гипсовальных групп, состоящих только из среднего и младшего медицинского персонала, не лучше ли создать полноценную хирургическую группу во главе с хирургом, расширив ее задачу, — группа должна не только накладывать кокситные гипсовые повязки, но и производит обработку раны. Совершенно правильно указано автором назначение рентгеновских установок для спецгоспиталей, в частности, для костного.

Не указано, что операционные и перевязочные должны иметь отдельный выход, чтобы полностью сохранить идею поточной системы в схемах. Чрезвычайно поучительны приведенные рисунки с различными приспособлениями, облегчающими работу подсобного персонала и сохраняющие рабочие руки.

Давая схему организации бригад, автор не привел состава бригад, работающих в перевязочных. В схеме № 17 — организация перевязочной — при наличии 6 перевязочных столов вряд ли одни носилки справятся с подготовкой раненых к перевязочной; также правильнее рассредоточить раненых, нуждающихся в полостных (брюшных) операциях, по всем МСБ и ППГ первой линии, чем полностью освобождать от них первые.

В главе о шоке правильнее было бы привести классификацию шока по Кису (как в ВИХ изд. 1944 г.), т. е. не I, II и III стадии, а легкая, средняя и тяжелая.

Нельзя пройти мимо замечаний автора, касающихся прогноза. Автор пишет, что при падении кровяного давления ниже 60 мм ртутного столба раненый не может поправиться без дополнительных врачебных мероприятий. Правильнее было бы указать, что при падении кровяного давления ниже 88 мм уже необходимо применение дополнительных мероприятий. Сам же автор не-

сколько ниже указывает, что давление около 80 мм является критическим уровнем (разрядка автора). Полагаю, что следует указать, спустя какое время после выведения из шока раненого можно эвакуировать, — наступило время от ориентировочных данных перейти к конкретным цифрам, конечно, если нет других особых показаний (ранения брюшной полости и т. д.). Вряд ли следовало в курсе военно-полевой хирургии указывать, что показания к ампутации в состоянии шока могут быть расширены.

В главе «Лечение ран» следовало бы несколько переставить подглавы: после истории вопроса дать перечисление антисептических средств, затем периоды течения ран, а затем изложить все остальные сведения.

Главу «Лечение огнестрельных переломов» правильнее было бы перенести в третью часть («Военно-полевая хирургия») разделив по соответствующим подглавам. В этом случае и изложение приобрело бы большую цельность и лучше воспринималось бы читателем.

Главы, касающиеся частных сторон военно-полевой хирургии, особых замечаний не вызывают, за исключением того, что при установлении сроков нетранспортабельности при повреждениях головы лучше было бы придерживаться сроков, указанных в ВПХ, без дальнейшего дробления их, отдельно выделив повреждения кости без нарушения целости твердой мозговой оболочки и с повреждением таковой.

Говоря о спасительности вагосимпатической блокады при ранениях грудной клетки, нельзя пройти мимо паравертебральной анестезии, которая играет выдающуюся роль в купировании явлений шока.

В целом чрезвычайно интересная, нужная книга, в которой читатель найдет ответ на все интересующие его вопросы. Книга написана настолько скупым языком, что правильнее было бы ее назвать «Краткий курс военно-полевой хирургии».

Проф. ***П. Л. Сельцовский***

Проф. А. М. Геселевич, **Оперативная хирургия войскового района.** Москва, Медгиз, 1944, стр. 148. Цена 12 р. 50 к.

Книга А. М. Геселевича отличается рядом особенностей. Она касается только операций, связанных с огнестрельными ранениями и с определенным промежутком времени после ранений, очень близким после них, и имеет в виду оказание хирургической помощи не во всех вообще хирургических учреждениях и операционных, но только в МСБ и ПМГ и их операционных. Живой и красочный слог помогает не только ясно усваивать все особенности работы в операционной и перевязочной ДМП, но и сознавать первостепенность и важность того или иного вмешательства.

Книга состоит из двух частей: общей и частной (техника оперативного вмешательства в войсковом районе).

Общая часть занимает около трети книги; в ней даны полезные сведения, изложенные очень подробно. Сюда относятся правила хирургической асептики (глава II), элементарные приемы оперативной техники (глава III). Эти и другие главы полезно изучить не только молодым врачам, но и операционным и перевязочным сестрам. К сожалению, в отделе «Проводниковая анестезия» отсутствует описание наиболее распространенной проводниковой анестезии верхней конечности по Кюленкампфу.

Вторая часть излагает хирургию в условиях фронтовой работы. Предполагается, что врач знаком с общей оперативной хирургией, и здесь изложено лишь то, что составляет особенность фронтовой хирургии. С этой наиболее трудной задачей, благодаря большому личному опыту, автор справился вполне удачно. Хорошо изложены раздел ампутаций, а также операции при ранениях головы и шеи. В главе «Операции при проникающих ранениях грудной клетки» не указаны операции при быстро нарастающем гемотораксе. Простые, но четко выполненные рисунки значительно облегчают изучение предмета. Рис. 74—77 хорошо иллюстрируют подвесную энтеростомию по акад. Юдину. Но рис. 34 текстоpовского разреза на коленном суставе недостаточно подчеркивает значение задних концов разреза, через которые при рассечении боковых связок должен стекать гной; весь разрез изображен на передней поверхности колена.

Недостаточно подчеркнуто значение первичной хирургической обработки при огнестрельных повреждениях костей как профилактики огнестрельного остеомиэлита.

Изложив подробно операционный подход при ранении плечевого сустава с повреждением эпифиза, автор указывает: «Поврежденные участки кости удаляются или опиливаются»; следовало бы добавить, что эпифиз плеча при его повреждении во избежание эпифизарного остеомиэлита резецируется.

Автор упоминает об астрогалэктомии, но не приводит разреза Фогта или Кохера.

В приложении даются весьма существенные практические сведения, жаль только, что автор пользуется словом «лонгет» вместо слова «гипсовая шина».

В предисловии к книге акад. Бурденко пишет: «Считаю, что труд проф. Геселевича следует принять в программу нынешнего года обучения молодых военных врачей». К этому можно лишь добавить, что этой книгой должны пользоваться все врачи, работающие на фронте.

Проф. *Т. С. Зацепин*

★

Государственная Центральная Медицинская Библиотека Наркомздрава СССР (Москва, Садово-Кудринская, д. 1/2) обращается ко всем авторам и редакторам медицинских изданий военно-санитарных учреждений фронта и тыла с просьбой прислать в библиотеку свои труды (отдельные оттиски, сборники, книги) в целях внесения их в подготовляемый для печати «Указатель советской медицинской литературы, вышедшей в годы Великой отечественной войны».

Директор ГЦМБ Наркомздрава СССР Л. Басиас

ОПЕЧАТКИ

	Напечатано	Следует читать
В номере за март 1945 г. на стр. 5, 3-й абзац снизу	Неизменимыми	Незаменимыми
На стр. 7, 1-й абзац сверху	Бландера	Бландена
На стр. 15, 6-й абзац сверху	Люваль	Дюваль

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 160

Отв. редактор *Е. И. Смирнов*

Издается с 1823 г. А17533

Подп. к печ. 28/VI 1945 г. Ф. бум. 60×92/16. П. л. 3,75. А. л. 6,4.

Зн. в 1 п. л. 72 000. Ц. 4 руб. Заказ 987

Тип. «Красное знамя», Москва, Сущевская, 21.

В МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ И НА НАУЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ

А. Я. Барабанов и проф. В. И. Попов. 2-я фронтовая хирургическая конференция Первого Белорусского фронта 43
С. Д. Бунимович. Окружная научная конференция врачей ПриВО 44

ИЗ ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Акад. И. Д. Страшун. Из прошлого военно-санитарной мысли 46

ПИСЬМА С ФРОНТА

П. Д. Беляев. Медицинское обеспечение танковой бригады при вводе ее в прорыв 48

РЕФЕРАТЫ

Клиническое применение пенициллина. Florey M. E. (Brit. Med. Bull., 1944, 2, 1, 4—13) 50
Клиническое применение пенициллина, противобактерийного агента биологического происхождения (The Journal of Amer. Med. Assoc., 1944, ch 4, p. 622—627) 51
ние гонорреи пенициллин. Robinson, J. N. (Brit. Surg., 1944, 32, Special Penicillin Issue, 211—214) 54
Лечение пенициллином мужской гонорреи. Ferguson Ch. and Bodultz M. (J. Amer. Med. Assoc., 6, 1944, 22—23) 57
Рентгенотерапия газовой гангрены. („J.A.M.A.", 1944, march 4, p. 651) 57

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФИЯ

Рецензия на книгу генерал-лейтенанта медицинской службы Н. Н. Еланского «Военно-полевая хирургия», 1945 г.— проф. П. Л. Сельцовский 58
Рецензия на книгу проф. А. М. Геселевича «Оперативная хирургия войскового района». 1944 г.—проф. Т. С. Зацепин 59

IN THE MEDICAL ASSOCIATIONS AND AT THE SCIENTIFIC CONFERENCES

A. J. Barabanov and prof. W. I. Popov. Second front surgical conference of the First White Russian front 43
S. D. Bunimovich. Regional scientific conference of the surgeons of PriVO 44

FROM THE HISTORY OF THE MILITARY MEDICINE

I. Strashun, Acad. Member. From the past of the military-sanitary thought 46

LETTERS FROM THE FRONT

P. D. Belaev. Medical security of the tank brigade in introducing it into an inrush 48

ABSTRACTS

The clinical use of penicillin. Florey M. E. (Brit. Med. Bull., 2, 1, 4—13, 1944) 50
The clinical use of penicillin, an antibacterial agent of the biological origin (J.A.M.A., p. 622—7, March 4, 1944) 51
The treatment of gonorrhoea with penicillin. Robinson J. N. (Brit. J. Surg., 1944, 32, Special Penicillin Issue, 211—214) 54
The treatment of the man's gonorrhoea with penicillin. Ferguson Ch. a. Bodultz M. (J.A.M.A., 6, 1944, 22—23) 57
The roentgenotherapy of the gas gangrene (J.A.M.A., 1944, March 4, p. 614) 57

CRITICISM AND BIBLIOGRAPHY

N. N. Elansky. Lieutenant-general, Medical Corps. „War surgery", 1945, — rev. by prof. P. L. Seltsovsky 58
Prof. A. M. Geselevich. „Operative surgery of the troop region", 1944—rev. by prof. T. S. Zatsepin 59

★

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
КРАСНОЙ АРМИИ

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ
Ответственный секретарь
полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ

Члены редколлегии:
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-полковник медицинской службы Н. Н. БУРДЕНКО,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал-майор медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ,
енерал-майор М. И. РЕДЬКИН

ИЮНЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1945

Ген.-майор мед. службы проф. М. С. ВОВСИ

О ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КРАСНОЙ АРМИИ ЗА ГОДЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Великая отечественная война окончилась полной победой Красной Армии над фашистской Германией и ее приспешниками. Героическая Красная Армия явила всему миру чудеса военного искусства в борьбе с гитлеровской армией, вооруженной до зубов техникой, которую изготовляли для нее миллионы людей порабощенной центральной Европы.

Победа Красной Армии над врагом всего прогрессивного человечества стала возможной благодаря исключительному моральному единству советского народа и его беззаветной преданности родине. Советский народ создал самую передовую армию современности. Бесстрашие, героизм личного состава, лучшее в мире вооружение и отличная организация на фронте и в тылу характеризовали Красную Армию на протяжении всей Отечественной войны.

Среди факторов, способствовавших победе в Отечественной войне, медицинской службе принадлежит значительное место, так как проблема возврата в строй раненых и больных представляла собой в такой же мере медицинскую, как и оперативно-тактическую задачу.

При ознакомлении с личным составом действующих частей можно было убедиться, что многие бойцы и офицеры, находящиеся в строю на протяжении четырех героических лет войны, в той или иной мере пользовались стационарным лечением в учреждениях медицинской службы Красной Армии.

Наши медико-санитарные учреждения служили постоянным, а по мере продолжения войны все возрастающим источником резервов для пополнения действующих армий; из госпиталей в запасные части и в специальные войска постоянно поступали выздоровевшие раненые и больные. Столь важную и почетную роль медицинская служба армии приобрела, пожалуй, впервые.

В XIX столетии процент населения, призванного в армию, был несравненно меньшим, нежели в настоящую Отечественную войну, которая поистине может быть названа народной. Военная медицина встретилась поэтому с рядом новых серьезных задач, потребовавших тщательной организации и более совершенных методов работы. В действующую армию были призваны огромные массы врачей и медицинских сестер. Необходимо было правильно их использовать и создать при их участии наиболее рациональную систему медицинского обслуживания боевых действий войск. Учитывая опыт прошлых войн, медицинская служба положила в основу своей работы принципы единой военно-полевой медицинской доктрины, которая была сформулирована генерал-полковником Е. И. Смирновым. Этапное лечение с эвакуацией по назначению, единство методов лечения составили принципиальные основы, на которых зиждилась лечебная помощь в Красной Армии. На протяжении войны это практически привело к созданию высоко диференцированной специализированной помощи как раненым, так и больным не только во фронтовом тылу, но и в армейском районе.

Хирургия как основная военно-медицинская специальность оказалась ведущей и в эту войну. Историческую роль и значение хирургической работы, выполненной в годы войны, трудно переоценить. Однако настоящая Отечественная война в большей мере, нежели предыдущие войны, явилась величайшим социальным катаклизмом, неминуемо повлекшим за собой возникновение или выявле-

вие большого числа заболеваний, в первую очередь заболеваний внутренних органов. Не случайно величайший деятель военной медицины XIX века Н. И. Пирогов на закате своих дней писал: «Немудрено, что во всякие войны цифра болезненности растет по мере продолжения войны. В войне же продолжительной превосходит цифру повреждений, наносимых оружием. Так, что в таких войнах более гибнет людей от болезней, чем от ранений. Это повторяется роковым образом в истории войн».

Действительно, на протяжении войн XIX и даже начала XX века цифры заболеваемости во всех армиях мира поистине ужасающи. Количество больных всегда преобладало над числом раненых. Так, например, в американской армии в течение войны 1861—1865 гг. при личном составе в 807 000 человек болевших было 6 млн., из них 2 млн. с острыми заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Следовательно, на протяжении войны на каждые 100 солдат приходилось более 200 заболеваний кишечника. Аналогичные данные можно привести по отношению к английской и французской армии во время Севастопольской кампании 1855 г.

В русской армии во время русско-турецкой войны 1878 г. на 300 000 человек больных имелось 88 700. Известно также, что во время русско-японской войны у японцев на 222 000 больных было 163 000 раненых; в германской армии во время войны 1914—1918 гг. соотношение между числом больных и раненых выражалось в цифрах: 14 500 000 больных (включая амбулаторных) и 4 700 000 раненых.

Все эти и многие другие уже опубликованные цифры высокой заболеваемости обусловливались большим удельным весом в первую очередь инфекционных больных, составлявших подавляющую часть госпитализированных контингентов, о чем свидетельствуют приведенные цифры поносов (фактически дизентерии) в английской, американской и французской армиях и количество заболеваний сыпным тифом в русской армии в 1914—1918 гг.

Пионер военной медицины начала XIX века М. Я. Мудров подчеркивал, что военная медицина складывается из следующих четырех дисциплин: 1) военная гигиена, 2) военная терапия или армейская клиника, 3) военная, или полковая, хирургия, 4) военная фармакология.

К началу Великой отечественной войны медицинская служба Красной Армии имела хорошо развитую противоэпидемическую организацию: санитарно-эпидемиологические отряды, санитарно-эпидемиологические лаборатории и инфекционные госпитали. Такая организация сыграла весьма положительную роль в деле предупреждения инфекционных заболеваний и ликвидации небольших вспышек их в войсках. И не случайно настоящая Отечественная война проходила при необычном, до сих пор не виданном в истории эпидемическом благополучии действующих армий. Мы имели низкие абсолютные и относительные цифры общей заболеваемости и среди них низкий удельный вес в особенности инфекционных болезней. Более детальное изучение соотношения отдельных форм заболеваний за 3 года войны подтверждает, что больные инфекционные составили в среднем около 8% всех больных, больные терапевтические — около 70% и прочие (кожные нервные, глазные) — около 25%.

В отличие от всех предыдущих войн подавляющую часть всех заболевших составили терапевтические больные. Работники противоэпидемической службы, уделившие исключительное внимание предупреждению инфекционных болезней, соответственно меньше занимались самим лечением инфекционных больных. Из-за малого числа инфекционных больных тем большее значение приобретали, тем большее внимание привлекали к себе больные терапевтические. В отношении организации лечебной помощи больным, в частности, больным терапевтическим, уроки истории прошли для военной медицины незамеченными. Писатель-врач Вересаев (1904) спустя почти 100 лет после указаний Мудрова и Пирогова вновь был вынужден констатировать невнимание к делу помощи больным. К решению этой задачи медицинская служба Красной Армии оказалась недостаточно подготовленной. Однако мы являемся свидетелями того, как с самого начала войны развивалось, все нарастая, дело помощи больным, сложившееся в конечном счете в мощную разветвленную систему помощи на всех этапах санитарной эвакуации. Терапевтическая помощь расширялась и из года в год укрепляла свою организационно-штатную структуру.

В 1942 г. было организовано наиболее важное терапевтическое учреждение — терапевтические подвижные госпитали (ТППГ), отлично оснащен-

ные, со значительным штатом квалифицированных специалистов и большими возможностями маневра. На протяжении войны ТППГ отлично себя зарекомендовали и вошли в обиход полевой медицинской службы, играя в первую очередь роль сортировочно-диагностическую и немалую роль лечебную. В последующем (1942 г.) были созданы четвертые терапевтические отделения — ГЛР, терапевтические эвакогоспитали (1943) фронтового (ТЭГ), а затем и армейского (АТЭГ) подчинения; наконец, на крупных эвакопунктах фронтов и глубокого тыла была развернута сеть специализированных терапевтических госпиталей, оказывавших дифференцированную клиническую лечебную помощь страдавшим туберкулезом, желудочно-кишечными, нервными и прочими заболеваниями.

Немалый опыт также приобрели военные терапевты и в деле оказания лечебной помощи раненым, в особенности тяжело раненым, требовавшим подчас более, чем хирургической помощи — терапевтического наблюдения и лечения. Особенно оправдала себя содружественная работа терапевтов и хирургов в отделениях и госпиталях для раненых в грудь, живот, в челюсти, где роль терапии оказалась особенно значительной.

К сожалению, военные терапевты Красной Армии, так же как и терапевты гражданские, в начале войны оказались недостаточно подготовленными для работы в полевых условиях. Многому как в отношении клиники, так и в особенности в отношении организации и оказания помощи больным в полевых условиях пришлось учиться на опыте войны. С другой стороны, в роли терапевтов зачастую оказались номинальные специалисты, т. е. лица, не имевшие достаточной клинической квалификации. Несмотря на широко проведенное постоянное обучение и усовершенствование молодых врачей по клинике внутренних болезней, недостаток квалифицированных кадров специалистов давал себя чувствовать на протяжении всей войны.

В начале войны многие медицинские работники фронтов и армий разделяли ошибочную точку зрения о необходимости укомплектования полевых лечебных учреждений только хирургами. В результате этих ошибок потребность на фронтах в квалифицированных терапевтах оказалась, быть может, более острой, нежели в других специалистах. Благодаря наличию специалистов — главных терапевтов (фронтов, армий и эвакопунктов), явившихся организаторами и руководителями лечебного дела, медицинская служба Красной Армии создала определенную систему терапевтической помощи, укрепила и углубила ее. Назначение на эти ответственные должности крупных клиницистов, опытных терапевтов дало возможность создать лечебную терапевтическую организацию во всех действующих армиях от Северного Ледовитого океана до Балкан. 30 профессоров и свыше 200 докторов и кандидатов медицинских наук составляют кадры фронтовых и армейских специалистов. В результате удалось не только обеспечить высококвалифицированную терапевтическую помощь больным и раненым, но и обобщить многочисленные научные наблюдения на фронтах Отечественной войны. Свыше 100 научных конференций, десятки сборников научных трудов, возвращение в строй до 86% терапевтических больных в 1941 г. и до 91% в 1943 г. — таковы результаты лечебной работы большой сети терапевтических учреждений Красной Армии и НКЗдрава на протяжении Отечественной войны.

Различные климатические условия, в которых происходили боевые действия наших войск, трудные условия, в которых сражались доблестные воины Красной Армии, естественно, создали предпосылки для многообразных заболеваний. Значение экзогенных факторов для военной патологии общеизвестно, на это обращали внимание и наши предшественники, подчеркивавшие значение при возникновении заболеваний внешних условий атмосферных колебаний, характера питания, одежды, обуви. Участник Отечественной войны 1812 г. кавалер Говоров писал: «С таковым вредным влиянием атмосферы часто случались недостатки в даваемой пище, здоровье, воде, отдыхе и значении прочих необходимых потребностей, которые натурально служили поводом к произведению эпидемических болезней и действовали приметно как разрушительные силы». Совершенно аналогично высказывались Пирогов (1855) и Боткин (1878).

Внешние моменты продолжали действовать, разумеется, и в настоящую Отечественную войну. Они нашли свое наиболее яркое выражение в условиях Ленинградской блокады, протекавшей особенно трагически в зиму 1941/42 г. Трудности военно-походной жизни имелись в разной степени и различного характера везде: за полярным кругом, в горах Северного Кавказа и Карпат, в болотах Калининской и Ленинградской области.

Врачам-терапевтам пришлось наблюдать ряд заболеваний и клинических форм, которые по праву могут быть отнесены к патологии военного времени. Причины возникновения этого клинического своеобразия были различны: это могли быть большие физические напряжения, нервно-психические (в особенности вегетативные сдвиги), метеорологические факторы (температурные, влажность, сезонность), характер местности, нарушения питания и, наконец, массовые ранеевые травмы, которые нередко сами по себе становятся источником заболевания.

В клинической патологии военного времени можно выделить три группы нозологических форм. В первую очередь сюда следует отнести болезни, возникшие на войне и являющиеся в известной мере специфическими для военного времени, «болезни войны» в собственном смысле этого слова; их немного, и они, как правило, не носят массового характера. К этой группе мы хотели бы отнести дистрофии и авитаминозы, наблюдавшиеся в блокированном Ленинграде и среди освобожденных из лагерей гитлеровской Германии. Сюда же относятся инфекционные желтухи и, в частности, почти не наблюдавшаяся в мирное время желтуха Вейля. Сюда же с известным правом можно отнести острые формы легочно-сердечной недостаточности, в первую очередь на почве диффузных бронхиолитов. Наконец, болезнью войны явилась также острая гипертония военного времени, отмеченная в Ленинграде, и острые геморрагические капиллятоксикозы, наблюдавшиеся в Крыму.

Вся перечисленная группа заболеваний имела место, вероятно, и в мирное время, но практически с этими болезнями подавляющему большинству наших терапевтов встречаться не приходилось, и с этой точки зрения они явились для нас «новыми» заболеваниями.

Ко второй группе можно отнести заболевания, наблюдавшиеся повседневно и в мирной обстановке, но в условиях войны приобревшие черты, несколько отличные от обычных существующих представлений об этих болезнях, получивших к тому же особое значение благодаря своему учащению в военной обстановке. Сюда должно отнести в первую очередь острые заболевания, как-то: нефриты и пневмонии, клиническое проявление которых отличается от клиники мирного времени у значительного числа этих больных. Пневмонии и нефриты военного времени, несомненно, заслуживают специального внимания, так как среди других заболеваний их удельный вес довольно значителен.

Не менее существенным представляется нам клиническое своеобразие туберкулеза во время войны. Частота заболеваний, соотношение отдельных клинико-морфологических форм, характер течения и исходы туберкулеза несут на себе черты военного времени. Болезнь клинически характеризуется ювенильностью, атипичностью реакций организма, преобладанием экссудативных форм над формами пролиферативными и фиброзными, склонностью к лимфогенной и гематогенной диссеминации.

Детальное изучение показало, что речь идет не только о своеобразной реакции, но и об инфицировании ранее не переносивших первичного аффекта взрослых людей, пришедших в армию из степей и сельских местностей. Таким образом, представилось возможным изучить течение первичного туберкулеза взрослых лиц.

Точно так же и распространенная в мирное время язвенная болезнь желудка сказалась несколько своеобразным клиническим течением.

К третьей группе следует отнести заболевания, существовавшие у больных до прихода их в армию, усилившиеся или приведшие к функциональным нарушениям в военной обстановке. Речь идет в сущности о больных-хрониках и тех, у которых выявились скрытно протекавшие страдания; сюда, к примеру, можно причислить больных органическими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, хронической эмфиземой легких, хроническим гастритом и язвой желудка и отчасти больных фиброзными формами туберкулеза легких. Вся эта группа больных «декомпенсировалась» под влиянием трудных условий боевой обстановки.

Накопленный терапевтами Красной Армии на протяжении войны клинический опыт дал возможность сделать ряд обобщений и выводов в отношении патогенеза и клиники некоторых заболеваний и методики их лечения. Так, например, наблюдения над болезнями нарушения общего питания привели к важным выводам о значении белковой недостаточности в их генезе; была в то же время установлена причинная связь отдельных признаков в клинике дистрофии с А- и В-витаминной недостаточностью, накоплено много новых данных о роли

физического напряжения и других энергетических затрат при возникновении нарушений общего питания; выявлена роль ведущих симптомов (кахексии, пигментации кожи, сердечно-сосудистых расстройств, двигательных нарушений кишечника, глубоких сдвигов в промежуточном обмене); вновь описаны своеобразные B_1- и B_2-авитаминозы.

Необычной также явилась клиническая симптоматология остро развивавшихся гипертоний, возникавших иногда в течене 1—2 суток. У этих больных была впервые установлена системность поражений, показана интимная связь между артериальной гипертонией и повышенным тонусом всей гладкой мускулатуры, в частности, желудка и кишечника. Была установлена зависимость между повышением кровяного давления и острой сердечной слабостью. Впервые были описаны ранние, острые изменения сосудов дна глаза, сопровождавшие гипертонию и в последующем (в части случаев) ликвидировавшиеся.

Значительный интерес представляет также течение в условиях войны ряда инфекционных болезней (малярии, дизентерии). Здесь можно упомянуть о коматозных формах малярии на Кавказе и атипичной дизентерии, локализующейся не только в толстых, но и в тонких кишках, о переходе этой болезни в хроническое течение (носительство стертой формы). Укажем также на атипичные (вирусные) пневмонии, вирусные, так называемые «инфекционные нефрозо-нефриты». Патогенетически те и другие в сущности представляют собой распространенные капилляротоксикозы.

Весьма своеобразным оказался механизм возникновения пневмоний и септических осложнений у раненых. Пневмонии были разграничены не только в клиническом, но и в патогенетическом отношении; выявлены отдельные формы пневмоний у раненых: перифокальные по ходу раневого канала, ателектатические, рефлекторные, метастатические.

Много научно ценного выяснено при изучении состояния сердца и сосудистой системы у раненных в грудь и при травматическом шоке. Электрокардиографически удалось установить нарушение венечного кровообращения в сердце и его ишемию в первые часы и даже дни после проникающих ранений грудной клетки. Рентгенологически у этих же раненых зарегистрированы изменения сократительности миокарда, клиническая патология легких установила у них нарушение степени и характера внешнего тканевого дыхания. При травматическом шоке подробно разработана клиника нарушений кровообращения не только в торпидной, но и в начальной эректильной фазе шока, накоплены ценные материалы о сосудистой недостаточности при больших кровопотерях.

Все перечисленные клинические наблюдения, сделанные, правда, с разной тщательностью, в зависимости от обстановки, оснащения и технических возможностей, опытными клиницистами и терапевтами, представляют ценный вклад в клинику внутренних болезней и служат основой для создания новой отрасли военной медицины — военно-полевой терапии.

Роль терапевтов на протяжении войны не ограничилась лечебной помощью больным и раненым. Терапевты Красной Армии приложили немало стараний к предотвращению заболеваемости. Они возглавили в армейских и войсковых соединениях профилактическую (диспансерную) работу в войсках, они же сигнализировали о возникших или могущих возникнуть заболеваниях; они выделяли «подозрительных» по туберкулезу лиц с упадком питания, амбулаторные формы гастрита и своевременно принятыми мерами устраняли их.

Этими предупредительными мероприятиями медицинская служба также сохранила здоровье и жизнь многим тысячам бойцов и командиров Красной Армии.

Засл. деят. науки проф. А. В. ВИШНЕВСКИЙ

ПОЧЕМУ НЕ НАДО ЧАСТО ПЕРЕВЯЗЫВАТЬ РАНУ

С самых отдаленных времен было известно, что покой, предоставленный воспалительному очагу, а, следовательно, и ране, благоприятно влияет на ее течение. Однако редко покой учитывался и понимался так, как нужно.

Принятое в хирургии это положение не имело теоретического освещения и проводилось на практике путем различных мероприятий чисто механического характера (постельное содержание, иммобилизующая повязка и пр.). В дальнейшем практикой наметился некоторый переход к пониманию покоя в более широком смысле. В 1937 г. мы в связи с предложением своей системы лечения ран впервые выдвинули положение о нервном факторе в раневом процессе. В свете этой концепции мы хотели бы ответить на вопрос, почему не надо часто перевязывать рану. Стремление врача создать покой раны есть один из моментов учета нервного фактора; необходимо устранять сильное раздражение раны, чем обусловливается устойчивое состояние тканей, при котором инфекция встречает неблагоприятные условия для своего развития.

Долгосрочная повязка

Наиболее благоприятные результаты при редких перевязках были получены с гипсовой повязкой. Их и связывали с предоставлением ране покоя, который ведет к уменьшению не только болей, но и отека, тромбоза сосудов, нарушения кровообращения и пр. Далее считали, что покой благоприятствует образованию лейкоцитарного и грануляционного вала, препятствующего проникновению инфекции вглубь. Часто при вынужденно долго не сменявшейся повязке наблюдалось прекрасное заживление раны, причем обильное гнойное отделяемое нисколько не нарушало его. Факты эти были известны давно. Отмечал их и наш несравненный учитель Н. И. Пирогов, когда писал в своих «Началах общей военно-полевой хирургии» (1865), что образование нарывов, если оно не сопровождается острогнойным отеком, не опасно: «Я несколько раз видел, как нарывы под повязкой образовывались, вскрывались и заживали».

В настоящее время при лечении ран имеется общая тенденция к редкой смене повязок. Огромный опыт последних лет полностью подтверждает правильность такого поведения. Поэтому там, где есть возможность проведения длительно не сменяемой повязки, она должна быть осуществлена. Два обстоятельства определяют противопоказания: бурная тяжелая инфекция (анаэробная и септическая простая) и невозможность провести длительное наблюдение за больным. Долгосрочная повязка требует прежде всего надежного обеспечения дренирования раны, почему все карманы, полости и затеки должны быть вскрыты и рана должна быть тщательно обработана перед наложением повязки.

Преимущества долгосрочных повязок при ранениях военного времени особенно очевидны:

1) они дают максимальный покой ране со всеми вытекающими отсюда благоприятными последствиями в отношении течения воспалительного процесса;
2) освобождают раненого от лишних мучительных перевязок;
3) дают экономию перевязочного материала, гипса, медикаментов;
4) экономят труд медицинского персонала;
5) сокращают сроки лечения;
6) дают огромные преимущества в этапном лечении, не требуя смены повязок при следовании раненого с одного этапа на другой.

Однако все эти преимущества могут быть получены только при соблюдении известных правил:

1. В войсковом районе должна производиться такая хирургическая обработка, чтобы установленное дренирование раны было не только надежным на возможно долгий срок, но и поддерживало борьбу с инфекцией и способствовало регенеративным процессам в ране. Тогда раненого можно не подвергать на пути следования частым перевязкам, которые сами по себе могут быть источниками вторичной инфекции раны.

2. До наложения окончательной долгосрочной гипсовой повязки врач должен отделить легкие формы ранения от тяжелых и подвергнуть последние тщательной первичной обработке с созданием такого дренажа раневой полости, который не только обеспечил бы покой для раны в смысле ее механического дренирования (выделение крови, лимфы, гноя), но и способствовал бы репаративным процессам в мягких тканях и дефектах костей, сохранял от разрушения горящую здоровую синовиальную оболочку, препятствовал бы разложению раневого отделяемого в отсасывающих и воспринимающих слоях повязки, развитию личинок мух в летнее время, мацерации кожи и т. д.

Все эти условия легко выполнимы на базе разработанного нашей школой метода.

При лечении воспалительного процесса и ран принцип покоя и связанная с ним длительно не сменяемая повязка, обоснованная теоретической концепцией нервизма, проходят яркой чертой через всю систему нашего метода. Результаты применения этой системы при различных заболеваниях мирного времени и при военных травмах являются доказательством правильности принципа учета нервного фактора в воспалительном и раневом процессе, поскольку он преломляется в покое, а отсюда и правильности положения о редкой смене повязок.

1. Вульгарные воспалительные процессы мягких тканей

При поверхностных или глубоко расположенных флегмонах после их вскрытия ножом необходимо удаление гноя и всех некротических тканей. Затем мы тщательно обрабатываем полость спиртом и выстилаем ее марлей, пропитанной нашей жидкой мазью. Если мы уверены, что в полости нет совершенно щелей, карманов и участков некротических тканей, то такую полость, залитую мазью, можно оставить без марлевого дренажа, со свободным дренированием в наружные слои повязки. Повязка сменяется через 5—6 дней, причем в первом случае марлевый дренаж будет пошевелен, но не удален. Если же в полости заведомо оставлены карманы, щели, неотделившаяся некротическая ткань, словом, если эта полость не могла быть чисто обработанной, то мы ее дренируем посредством масляно-бальзамического капиллярного дренажа с тем, чтобы при продолжающейся инфекции, в зависимости от характера и силы ее, менять повязку и дренаж посредством смены центральных выпускников. Это должно быть предусмотрено при обработке.

В этом случае часто сменяющиеся повязки и дренаж оказывают защитное действие только качеством такого дренажа, связанным с пропитыванием его эмульсией, момент же длительности отпадает и компромисс неизбежен. Такая полость будет отделять гной, но лечение ее будет вполне удовлетворительное.

2. Остеомиэлит

То, что наша школа в течение многих лет проводила в качестве определенной системы во всей гнойной хирургии, выявилось в отдельном частном случае стихийно, чисто эмпирически в предложениях Орра в отношении лечения остеомиэлита. Что преследуют эти предложения? Вскрыть костный очаг, очистить полость механически, тщательно обработать ее надежным антисептиком, затампонировать пропитанной жидким вазелином марлей и оставить все это под длительно не сменяемой повязкой. Гнойная полость, как и гнойные раны, только тогда будут безупречно заживать, если сильное раздражение нервов в них уже при обработке будет заменено слабым, которое необходимо для установления положительной трофической реакции в очаге. Гной и некротические ткани должны быть по возможности полностью убраны из него. Они не только поддерживают инфекцию, а значит, и сильное раздражение, но и препятствуют в очаге созданию правильных взаимоотношений между инфекцией и организмом, играя роль изоляционного пласта между нервами раны и дренажем.

Костная полость легче может быть подготовлена не только для дренирования, но и для пломбирования, т. е. легче может быть обеззаражена. И если бы мы всегда имели возможность обработать всякую рану так, как мы это делаем с костной полостью, подготовляя ее к пломбированию, то мы вылечивали бы всех

наших больных посредством длительной повязки и активного капиллярного дренажа в одну смену. Лечение ран и воспалительных процессов шло бы только по первой нашей схеме. Она в сущности приближает нас к тому, что мы имеем при первичной обработке раны с эксцизией ее. Там мы стремимся целиком убрать инфицированные ткани ножом, здесь мы это делаем посредством механической и химической обработки полости с последующим длительным капиллярным дренажем и долгосрочной повязкой. Орр этот частный случай не смог обобщить, мы же подходим к нему, наоборот, из нашей системы общего метода, с определенных принципиальных позиций, как к частному случаю. Кстати, в данном случае наш способ масляно-бальзамического марлевого дренажа костной секвестральной полости совершенно лишен недостатков способа Орра. Он не связан с появлением на поздних сроках дурного запаха повязки, головных болей, с потерей аппетита у больных и пр., что зависит от разложения вазелинового масла.

Кроме того, в ряде случаев, если полость удалось обработать совершенно надежно, мы ее зашиваем наглухо по третьей нашей схеме.

3. Заболевания грудной клетки и ее содержимого

Гнойный плеврит в ряде случаев потребует соответствующего хирургического вмешательства и дренирования раны или полости. Здесь надо решить вопрос о частоте перевязок. Вопрос этот будет решаться в зависимости от характера случая. Если полная эмпиема плевры при соответствующих показаниях подлежит дренированию нашим масляно-бальзамическим дренажем-тампоном, то частота перевязок при ней и смена тампонов будут зависеть от особенности случая и его течения. Там, где полость оказалась после ее вскрытия простой, где она не связана с перфорацией легкого, где в нее не открывается раневой канал, тем более с неудаленным посторонним телом, где в нее не открывается ряд других полостей, карманов и пр., — там она требует только смены наружных слоев повязки на следующий день, а дренаж останется в ней на срок в 12—20 дней. Этот случай будет отвечать нашей первой схеме, которая характеризуется отсутствием гнойных выделений из раневой полости.

Если же в полости остались щели, затечные карманы с неудаленным гноем и задержавшейся инфекцией и полость связана с инфицированными ребрами и инфицированным раневым каналом, как это бывает в огромном большинстве случаев при открытых огнестрельных повреждениях военного времени, то такая полость требует более частых перевязок, так как она будет отделять гной. Она будет перевязываться с постоянной сменой центрального марлевого дренажа-тампона, посредством которого ей будет обеспечено необходимое в этих условиях дренирование. Здесь оно должно происходить при сохраненных преимуществах широкой тампонады, связанных с препятствием присасывания в плевру воздуха через раневое отверстие. Обстоятельство это имеет огромное значение, ибо оно предупреждает тяжелое течение в связи с неизбежным флотированием средостения и раздражением плевры.

4. Огнестрельные переломы

В обычном понимании метод долго несменяемых гипсовых повязок при открытых (огнестрельных) переломах, обеспечивая ране покой, приводит к гибели патогенных микробов. В ране остаются только сапрофиты. Гипс, обладая большой всасывательной способностью, не задерживает дренирования там, где для него нет других препятствий. Вот почему в ряде случаев при этих условиях получаются хорошие результаты. Однако применять этот метод в течение первой фазы раневого процесса, пока еще не определился характер и степень инфекции, нужно с большой осторожностью. Из суммы наблюдавшихся фактов теперь можно вывести одно заключение, что там, где по характеру и всем условиям течения обработанной раны долгосрочная гипсовая повязка обеспечена надежным дренированием, где инфекция не задерживается, — там случай протекает вполне удовлетворительно, несмотря на ряд сопутствующих неприятных явлений (дурной запах, мацерация больших участков кожи, зуд и пр.). Там же, где этого нет, возможны тяжелые осложне-

ния. Таким образом, долгосрочная гипсовая повязка при огнестрельных повреждениях костей должна применяться со строгой оценкой всех особенностей случая. При заведомом существовании тяжелой инфекции, в особенности анаэробной, а также при невозможности длительного наблюдения за больным она противопоказана.

Этот метод в нашей системе лечения ран преломляется также весьма своеобразно. Следует обратить внимание прежде всего на возможность вести в некоторых случаях борьбу за долгосрочную повязку, даже несмотря на наступающие осложнения. Мы имеем в виду отек конечности, который может служить поводом для смены гипсовой повязки. Отек развивается как осложнение воспалительного характера при повреждении. Ведя в дальнейшем к грубым расстройствам кровообращения, он, конечно, требует прежде всего вскрытия гипса. Эта мера может в любой момент неожиданно встать перед нами и расстроить план лечения. Хирург выходил из положения, вскрывая гипсовую повязку, нарушая покой раны, расстраивая иммобилизацию костных отломков и пр. В нашей системе лечения ран борьба с отеком, наступившим под гипсовой повязкой, ведется по совершенно иной линии. Установив определенную закономерность влияния новокаинизации на развитие воспалительного отека при начале гнойной инфекции, пока последняя не вышла еще из стадии серозного пропитывания тканей и не подошла к абсцедированию, мы устраняем такой отек, применяя футлярный блок конечности через один укол. Для этого в самых верхних отделах конечности мы вводим больному 0,25% раствор новокаина в количестве 150—250 см³ посредством длинной иглы десятиграммового шприца. Эта инъекция должна быть обязательно подапоневротической. Лучше, если длинная игла доведена до кости и раствор оставлен здесь. Игла должна проникать в ткани обязательно через предварительно наложенный в месте предполагаемого укола кожный желвак, сделанный тонкой иглой малого шприца. Если у больного повязка с тазовым поясом и гипс покрывает всю конечность, допустимо проделать в нем небольшое отверстие и, обработав кожу иодной настойкой, сделать через него дермальный желвачок и произвести, как полагается, футлярную блокаду. Все это, разумеется, относится к отеку воспалительного характера, когда не предполагается возможности развития особо злокачественной инфекции. Там же, где по клинической картине нужно заподозрить анаэробную инфекцию, гипсовая повязка должна быть вскрыта для обработки наступившего осложнения по общим правилам.

5. Гнойные поражения суставов

При травматических поражениях суставов и их осложнениях редкая перевязка является идеалом лечения. Значение долгосрочной повязки в этих случаях должно быть наивозможно полно показано и понято.

Сустав при своем заболевании причиняет невероятные страдания. Раздражения, идущие из различных мест этой сложной системы, ведут к появлению резких болей и различных расстройств нервной системы — плохой сон, потеря аппетита, поты и пр. И врач, и больной одинаково заинтересованы здесь в редкой смене повязок.

При повреждениях суставов долгосрочная повязка культивировалась на протяжении столетий. Пирогоз говорил: «Не испытав, нельзя поверить, как благодетельно действует совершенная неподвижность поврежденной части на травматическую боль». Это и понятно. При ранениях суставов защитная контрактура как естественная реакция на травму не может проявить себя в полной мере, вследствие часто имеющихся сопутствующих повреждений нервно-мышечного аппарата. Здесь врачебная иммобилизация особенно эффективна, полезна и необходима. В разрезе установок нашей школы это опять-таки особенно ясно.

С трибуны XXIV съезда хирургов в 1937 г. мы заявляли: «Вековое требование покоя воспалительного очага понятно нам. Очаг, а следовательно, и нервная система в нем должны быть избавлены от сильных раздражений в широком смысле этого слова. Вот почему в системе нашего лечения воспалительных процессов мы настойчиво рекомендуем при открытых ранах, кроме обычной иммобилизации очага, применение масляно-бальзамического капиллярного дренажа и повязки. В комбинации с другими средствами слабого раздражения, как и сами по себе, они могут изменить состояние нервной системы в

очаге, а значит, и в целом организме. Если ими удается защитить нервы очаге от сильных раздражений, среди которых инфекция занимает одно из первых мест, эти нервы передадут в следующие отделы нервной системы лишь то слабое раздражение, которое они теперь выдерживают. В результате процесс смягчится, а иногда и совсем не разовьется там, где он мог бы или должен был появиться».

Каждый практический хирург знает, как расстраивается нервная система при ранениях крупных суставов. В этот момент хорошая иммобилизация сустава — долгосрочная гипсовая повязка, снижая раздражение нервов, дает положительный эффект.

Выше мы указывали, как следует понимать механизм действия долгосрочной гипсовой повязки в связи с ее влиянием на кожный рецепторный аппарат нервной системы, несущий свое слабое раздражение в остальные отделы ее и результирующий тем самым положительный терапевтический эффект. Но, осознав вред от частого беспокойства раны и пользу иммобилизации гипсом, проводя ее в своей практике со всей настойчивстью даже при таких, например, заболеваниях, как самопроизвольная гангрена, мы считаем, что при наступивших гнойных осложнениях поврежденных суставов один «покой» под гипсом далеко не достаточен для решения вопроса лечения их. Здесь мы рекомендуем вторичную обработку сустава с установлением надежного активного его дренажа. Опыт Отечественной войны убедил нас в необходимости этого.

Если необходимо дренировать сустав, то, естественно, встает вопрос о сроке и способе удаления дренажей. Капиллярный масляно-бальзамический дренаж нужно удалить через 8—10 дней через окно, сделанное над областью сустава. Мы предусматриваем безболезненное извлечение марлевых дренажей и за полчаса до этого делаем больному футлярную блокаду на пораженной конечности. Эта мера, помимо болеутоляющего эффекта, имеет и терапевтическое значение в отношении течения воспалительного процесса. Она же дает возможность повторно ввести марлевые выпускники, к чему изредка приходится прибегать. Обычно по извлечении первых марлево-капиллярных дренажей мы вводим через металлический катетер в раневую полость сустава нашу жидкую мазь без марли, ибо раневая полость чаще всего свободна от гноя. Но в редких случаях, при тех или иных дефектах обработки, если имеется гнойное отделяемое, мы через тот же катетер промываем рану эфиром и спиртом и снова вставляем масляно-бальзамические дренажи. Окно в гипсовой повязке наглухо закрывается гипсом. Никогда не отмечалось, чтобы наши дренажи препятствовали поступлению раневого отделяемого в воспринимающие слои повязки. Сама гипсовая повязка не расслабляется, если она правильно наложена, и прекрасно впитывает раневое отделяемое. В последующем перевязки раны сустава через окно производятся через 10—12 дней, если по общему клиническому течению не имеется показаний к более ранней смене повязки.

В самое последнее время мы разработали на основе схемы 3 бестампонный способ дренирования инфицированного сустава после оперативной обработки его по нашему способу. Сустав со всеми сопутствующими гнойными затеками широко вскрывают. Все пораженные ткани удаляют (скальпель, ножницы, острая ложка). Образовавшуюся «простую» полость и затечные карманы и ходы дополнительно тщательно обрабатывают спиртом и иодной настойкой. Затем полость зашивают и через отдельное отверстие (иногда же между швами) в нее вводят женский металлический катетер с резинкой. Через него полость наполняют из шприца нашей жидкой мазью с таким расчетом, чтобы последняя надежно расправила ее и наполнила все ее карманы. В это время нужно проследить за тем, чтобы мазь едва просачивалась где-либо между швами. Накладывают глухой гипс. Через 10—12 дней рану контролируют через окно в гипсе.

6. Вторичное кровотечение

Появление вторичного кровотечения всегда служит сигналом к смене повязки для осмотра раны и принятия соответствующих мер. Вопрос о частоте перевязок встанет после того или иного вмешательства, предпринятого по поводу этого осложнения. В общем здесь мы различаем два случая.

В первом случае мы имеем типичное вторичное аррозионное кровотечение струйного характера при таком состоянии раны, что после соответствующего расширения и туалета ее удается найти и лигировать кровоточащий сосуд. Вслед за этим производится марлевая тампонада полости, а вместе с тем встают все вопросы, связанные с отрицательными сторонами марлевого тампона-дренажа. При дренировании такой полости, всегда не до конца обеззараженной, при соприкосновении марлевого тампона с лигатурой сосуда, при установившемся неблагоприятном трофическом состоянии тканей, в результате чего обычно и происходит вторичное кровотечение, все преимущества будут на стороне масляно-бальзамического дренажа. После обеззараживания полости он продолжит борьбу с остатками инфекции в ране, защитит лигатуру от выгнаивания при соприкосновении с ней и, подняв мезенхимальную реакцию во всей ране, будет содействовать организации, а не распаду тромба. Такая рана и при наличии марлевого дренажа остается без смены повязки 6—9 дней и дольше. Еще более обоснована долгосрочная повязка после остановки вторичного кровотечения в тех случаях, когда после тщательной обработки раны и наложения лигатуры мы оставляем рану на самопроизвольном дренировании, залив ее предварительно жидкой бальзамической мазью. Здесь заживление идет еще более спокойно. Снова перед нами длительно не сменяемая повязка.

Второй случай относится к вторичному кровотечению, которое по той или иной причине не могло быть остановлено наложением лигатуры на сосуд. Тогда оно останавливается тампонадой. Последняя опять-таки в обычных условиях быстро вызовет реакцию с гнойными выделениями, ибо простой тампон даже в неинфицированных тканях начинает нагнаиваться через 2—3 дня. Рана требует в таких случаях соответствующего ухода, следовательно, частой смены повязок, иначе инфекция приведет к плохим результатам. В нашей системе остановки вторичного кровотечения тампонадой последняя производится по типу так называемой «слоистой» тампонады. Она состоит в следующем. Несколько первых тампонов небольших размеров, пропитанных спиртом, лежат в самых глубоких отделах раны, непосредственно у места кровотечения. На них кладут бальзамические тампоны — до выполнения всей полости раны. Первую перевязку производят на 5—6-й день. Затем следуют редкие перевязки, через 3—4 дня, для повторной заливки мазью бальзамических тампонов и пропитывания ею же глубоких спиртовых. Первый глубокий тампон не трогают до самопроизвольного отхождения его. Здесь система долгосрочной несменяемой повязки проведена быть не может, но сохраняются все основания для редких перевязок.

7. Газовая инфекция

Анаэробная инфекция, являясь особо злокачественной, характеризуется в то же время и особо тяжелыми тканевыми изменениями. Больные с газовой инфекцией нуждаются в проведении покоя не меньше, чем при осложнении ран воспалительного характера. Однако осуществлять при ней покой в длительно не сменяемой повязке не приходится. После произведенных разрезов большое количество некротических тканей задерживает инфекцию; анаэробная природа микробов вызывает необходимость доставлять к ране возможно больше кислорода; динамика отека, который является здесь кардинальным симптомом заболевания, обязывает производить постоянный контроль мест поражения и т. д. Все это приводит к необходимости более частых перевязок ран.

В нашей системе лечение газовой инфекции, помимо применения общепринятых средств, связано с обязательной новокаинизацией (поясничная или футлярная новокаиновая блокада и разрезы под инфильтрационной анестезией). Новокаинизация и бальзамический марлевый дренаж суть два фактора слабого раздражения нервной системы, способные вызвать изменения реакции сосудов в месте поражения тканей болезненным процессом и по соседству. Гиперемия, которая создается здесь под влиянием наших мер, должна играть во внутритканевом контакте анаэробов с кислородом немалую роль. Тяжелые трофические расстройства тканей приходят под нашим воздействием к ограничению и разрешению так же, как это происходит при других воспалительных заболеваниях (карбункул, флегмона обычная и пр.). Частые перевязки мы соединяем здесь с заботливыми промываниями ран перекисью водорода или хлорамином с последующим масляно-бальзамическим дренажем. В этих условиях последний сохраняет свойство щадящего момента при том нарушении покоя раны, которое неизбежно происходит здесь при частой смене повязок.

8. Ожоги

Совершенно исключительное значение имеет долгосрочно несменяемая повязка при лечении ожогов. Мы лечим ожог полуоткрытым методом, и, несмотря на это, идея редких перевязок выступает здесь как нельзя более ярко. Обработав соответствующим образом поверхность ожога в зависимости от степени его, мы получаем чистую, освеженную поверхность. Накладываем на нее обильно пропитанную масляно-бальзамической эмульсией салфетку, состоящую из 2—3 слоев марли. Слои салфетки должны войти в тесное соприкосновение со всей поверхностью ожога, выполняя имеющиеся углубления, складки, суставные поверхности и съёженные места. В случае повреждений пальцев каждый палец окутывают отдельно. После обработки больного укладывают в постель с каркасом, поверх каркаса кладут стерильную простыню и 1—2 покрывала, в холодный период года — теплые одеяла; в некоторых случаях для обогревания включают 2—3 лампочки. Первоначально наложенные слои салфеток не снимают до полного заживления ожога и самостоятельного их отхождения; по мере высыхания на них приливают нашу жидкую мазь. Начинающие через 5—7 дней отставать с краев на границе со здоровой кожей слои салфеток срезают; стекающий на здоровые участки кожи гной (если таковой имеется) убирают. Туалет здоровой кожи осуществляют протиранием спиртом или другим дезинфицирующим раствором.

Через 10—12 дней наблюдается значительная краевая эпителизация. Через 2—3 недели при ожогах II и III степени происходит резкое уменьшение размеров ожоговой поверхности за счет краевой, а также участковой эпителизации. Последние остатки больших (в соответствии с величиной ожога) салфеток самопроизвольно отходят через 1—1½ месяца. Таким образом, первоначально наложенные салфетки не снимаются до окончательного заживления.

При этом способе после полного отхождения салфеток поверхность ожога имеет вид совершенно ровной, нежной эпителизированной ткани без грубых рубцов, ограничивающих движения и так часто ведущих к уродствам.

Из сопоставления этого результата с тем, что мы наблюдаем в ближайшие часы после обработки, когда у сильно страдавшего больного быстро исчезают боли, он успокаивается и засыпает, ясно, что все это объясняется учетом нервного фактора, являющимся лозунгом нашей системы. Исчезновение болей есть прямое свидетельство участия нервной системы в ответных реакциях и механизмах на производимую обработку.

Действуя на нервы защитным масляно-бальзамическим компрессом, снижая сильное раздражение их и переводя его в слабое, мы устраняем этим отрицательную трофическую реакцию в тканях, которая неизбежно поддерживалась бы здесь наличием сильного раздражения в месте повреждения. Поэтому не будут иметь места те грубые дистрофические расстройства (глубокие некротические изменения), которые и обусловливают в дальнейшем образование грубых рубцов.

Ничего этого не произойдет, если мы, положив больному ту же масляно-бальзамическую повязку, будем ее часто менять. Совершенно правильно в последнее время ряд авторов высказывается против применения всяких жиров: принятая система пользования ими ничего хорошего не дала. Постоянные смены повязок здесь как нельзя нагляднее показывают нам свои отрицательные стороны, нанося ожоговой поверхности неминуемую травму, вызывая боль и создавая благоприятные условия для инфекции. Наш способ, связанный с сохранением одного защитного компресса в течение всего периода лечения, лишен всех этих недостатков и по своим результатам является наиболее благоприятным из всех известных нам способов.

9. Отморожения

Наша система предусматривает лечение отморожений под повязкой.

Мы считаем отморожение типичным трофоневрозом, близким по своему патогенезу к самопроизвольной гангрене. При отморожении, так же как и при самопроизвольной гангрене, мы имеем дело с сосудистыми изменениями и бо-

лее глубокими расстройствами тканевого обмена. Первые выражаются в спазме, атонии с последующим тромбозом и разрастанием интимы, ближе напоминающими картину самопроизвольной гангрены.

Вот почему лечение отморожений мы ведем по методу, выработанному нами для самопроизвольной гангрены. В основе лежат те же средства воздействия на нервную систему, которыми мы пользуемся и в других случаях, когда имеем в виду изменить состояние сосудистого тонуса или повлиять на течение воспалительного процесса. Покой, новокаинизация и масляно-бальзамическая повязка, наложенная под самым легким гипсом не только на всю пострадавшую конечность, но иногда и на здоровую, — вот та почва, на которой мы строим метод лечения как самопроизвольной гангрены, так и отморожений, варьируя детали его в разных стадиях течения заболевания.

Указанная основная схема нисколько не стесняет остальных мер обычного симптоматического лечения во всяком индивидуальном случае. Новокаиновая блокада и масляно-бальзамическая повязка — два фактора слабого раздражения нервной системы, прилагаемые в разных полях ее рецепции. Первый фактор непосредственно воздействует на элементы, главным образом вегетативной нервной системы в тканях, а второй — через богатый рецепторный аппарат кожи. Оба имеют целью вызвать сосудистую реакцию прежде всего. Бальзамическая мазь, являясь слабым раздражителем нервной системы, в то же время обладает высоким антисептическим свойством. Это обстоятельство должно быть учтено в момент появления открытых тканевых изменений (инфекция). Указанная терапия применяется лишь при обширных отморожениях второй и третьей степени. В более легких случаях мы ограничиваемся только широкой масляно-бальзамической повязкой, длительно не сменяемой (до 2 недель), без наложения гипсовых бинтов.

10. Хронические язвы голени и длительно не заживающие огнестрельные раны

Как широко и многообразно должно пониматься и учитываться значение покоя как нервного фактора, показывает следующий пример. Общепризнано, что постельное содержание и иммобилизующая повязка суть самые главные средства осуществления покоя. Но при хронической язве голени, заболевании как будто местного характера, мы не имеем возможности укладывать больного в постель. Мы кладем ему на язву широкий, густо смазанный 2% ихтиоловой мазью компресс и увиваем больную конечность от голеностопного сустава до середины бедра бинтом, также густо проложенным той же мазью. Поверх промасленного бинта кладем непромокаемую прослойку (клеенка, вощанка) и дальше конечность бинтуем мягким бинтом с таким расчетом, чтобы больной мог в этой повязке свободно ходить, не снимая ее в течение месяца. Эта простая повязка часто дает положительные результаты у больных, испытавших на себе бесконечное количество самых разнообразных лечебных процедур. Ее значение и при отсутствии иммобилизации, т. е. покоя, понимаемого в обычном смысле, определяется тем влиянием, какое она оказывает на нервную систему через нервно-рецепторный аппарат неповрежденной кожи и самой язвы. Здесь мы сталкиваемся с примером, показывающим благоприятное действие выключения моментов сильного раздражения тканей язвы при частой смене повязки, с одной стороны, и влияние импульсов слабого раздражения, идущих с неповрежденной кожи и действующих на поднятие жизнедеятельности тканей в месте патологического очага,— с другой. Эти два момента, сочетаясь в своем полезном влиянии, в каких-то случаях, как видно, могут компенсировать в известной степени и нарушения иммобилизации.

Тех благоприятных, иногда поразительных результатов, какие мы видим при хронических атонических язвах голени, мы никогда не получаем, если указанная система не осуществлена должным образом полностью. Мы можем положить на язву тот же компресс с ихтиоловой или другой какой-либо мазью, но язва не обнаружит заживления, если мы будем менять этот компресс через 2—3 дня, как это обычно делается. Или мы можем покрыть язву ограниченным компрессом с той же мазью, будем его держать, не сменяя, тот же срок, но, не усилив своего вмешательства со стороны неповрежденных отделов кожи конечности, также не получим тех результатов, о которых мы говорим.

Значит, наибольшей терапевтической действенностью обладает система, опирающаяся на «покой», который в существе своем, однако, не является пассивным процессом, а включает в себя моменты слабого раздражения перифера как важного терапевтического фактора. Разумеется, этим частным, примером мы ни в какой степени не намерены поколебать вообще значение покоя при постельном содержании больного, иммобилизующей повязке и пр.

Заключение

Итак, учет нервного фактора и гипотеза слабого раздражения как лечебного воздействия на рану больше чем что бы то ни было позволяют нам понять и проводить длительную несменяемую повязку в системе лечения ран. Осуществление этой системы на практике в значительной мере освобождает нас от необходимости менять повязку применительно к отдельным фазам раневого процесса. Считая, что сама фазность есть результат нервной регуляции, мы с момента наступления инфекции в первой фазе должны так обработать рану, чтобы, снизив сильное раздражение ее и заменив его слабым, вести в дальнейшем регенеративный процесс вполне удовлетворительно. Исключительно редко, уже на поздних сроках, может оказаться, что заживление раны во второй фазе в этих условиях затягивается или идет не совсем удовлетворительно (избыточные грануляции, наклонность их к кровоточивости и пр.), тогда рана потребует на 2—3 дня смены раздражения, и мы положим на нее вместо нашего масляно-антисептического дренажа спиртовый, ризаноловый, солевой или пропитанный другой какой-либо жидкостью, используя его в качестве кратковременного сменного раздражителя. В дальнейшем снова перейдем к нашему дренажу и длительно не сменяемой повязке.

Таким образом, весь вопрос о редких перевязках ран нужно рассматривать в свете «оценки роли и значения нервного фактора в раневом процессе». Только тогда мы будем иметь возможность правильно судить здесь о каждом шаге своих действий.

★

Гв. подп. мед. службы М. К. КАРПОВ

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСТУПАТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ПРИБАЛТИКЕ

Опыт показал, что решающее значение для создания эпидемиологического благополучия войск при всех обстоятельствах имеют:

а) своевременная и непрерывная эпидемиологическая разведка, проводимая всеми звеньями санитарной службы на территории противника, в войсковом, армейском и фронтовом районах;

б) ответственность санитарных начальников за эпидемиологическое благополучие гражданского населения в районе расположения частей и воинских учреждений, за проведение полного комплекса противоэпидемических мероприятий среди населения;

в) организация особо тщательного санитарного контроля за пополнениями, резервными и запасными частями, сборно-пересыльными пунктами, лагерями для военнопленных, этапами эвакуации раненых, за армейскими и фронтовыми дорогами и особенно за возвращающимся из плена гражданским населением;

г) расстановка противоэпидемических средств и сил и уменье маневрировать этими средствами.

Перечисленные принципы были положены в основу противоэпидемической деятельности санитарной службы как в период подготовки, так и в момент самих наступательных операций в Прибалтике.

Эпидемиологическая обстановка, сложившаяся в Прибалтике к началу наступления (июль), хотя была и более благоприятной, чем в предыдущую операцию в Ленинградской и Калининской областях, тем не менее внушала серьез-

ные опасения. Было известно, что среди населения Латвии и Эстонии значительное распространение имеют острые жедудочно-кишечные заболевания — дизентерия, паратифы, брюшной тиф и детские инфекции. В некоторых населенных пунктах, особенно в тех из них, в которых были размещены концлагери, регистрировался сыпной тиф.

При недостаточной организации профилактической работы эти заболевания, даже если они были единичными, могли получить широкое распространение и быть занесенными в войска. Особенную тревогу внушали многочисленные лагери для нашего населения, угнанного немцами во время оккупации Ленинградской и Калининской областей. Предполагалось, что по мере продвижения наших частей вперед и приближения их к морю количество такого населения непрерывно будет возрастать, так как немецкие войска при отступлении эвакуировали указанные лагери к себе в тыл.

Санитарное состояние войск фронта, благодаря предварительно проделанной большой оздоровительной работе, было удовлетворительным. Инфекционные заболевания регистрировались в единичных случаях. Все армейские и фронтовые противоэпидемические учреждения были полностью укомплектованы положенными по их штатам личным составом, специальным имуществом и транспортными средствами. В качестве резерва фронта, помимо обычных штатных учреждений, имелись СЭО, ОДР и ППО.

Известно, что сохранение эпидемиологического благополучия войск при наступательных операциях является наиболее трудной и сложной задачей санитарной службы. Опыт наступательных боев в Белоруссии и на Украине весной 1943 и 1944 гг. показал, что недооценка этого вопроса, недостаточная гибкость и оперативность санитарной службы по выявлению и ликвидации очагов инфекции может привести к эпидемиологическим осложнениям. Непрерывное нахождение войск в боевом марше по мало обследованной или вовсе не обследованной в эпидемиологическом отношении местности, большое распространение инфекционных заболеваний на территории противника среди гражданского населения и вынужденный контакт войск с ним, большая миграция населения, экономическая разруха, произведенная противником, слабость работы местных органов здравоохранения, трудность проведения санитарно-профилактических мероприятий в этих условиях и целый ряд других осложняющих моментов создают весьма благоприятные условия для распространения инфекции. Чтобы успешно преодолеть эту опасность, необходимы тщательно продуманная расстановка всех противоэпидемических сил и средств, высокая оперативность санитарной службы и оказание максимальной помощи противоэпидемическим учреждениям со стороны всех родственных служб.

Учитывая все изложенное, мы приняли некоторую схему противоэпидемического обслуживания войск и гражданского населения, которая и действовала на протяжении всей операции по освобождению Прибалтики. Согласно этой схемы (см.), противоэпидемическое обеспечение строилось следующим образом:

а) Войсковой район

В каждом стрелковом полку и в отдельной части, имеющих несколько человек медицинского персонала для проведения санитарно-эпидемиологической работы, выделялась специальная эпидгруппа в составе врача или хорошо подготовленного фельдшера, санитарного инструктора и санитара. На обязанности этих групп лежало проведение санитарно-эпидемиологической разведки вновь занятой территории и ближайшего тыла противника, выявление инфекционных больных, проведение дезинфекционных мероприятий в части и среди населения, осуществление санитарного контроля за питанием и водоснабжением части, контроль и организация текущих профилактических мероприятий в части. Общая ответственность за санитарно-профилактическое состояние части и представление ежедневных донесений начсандиву по этому вопросу оставались за старшим врачом части.

Обслуживание полковых тылов и всех частей, расположенных до МСБ, возлагалось на санитарный взвод МСБ, который усиливался врачом (за счет артполка), фельдшером или грамотным санитарным инструктором и несколькими санитарами. В большинстве санитарных взводов имелись лаборатории типа ДСН, гидропульты для дезинфекции, набор дезсредств и дезкамера типа С-1,

которая использовалась обычно для обработки потока раненых. Наряду с обслуживанием частей и гражданского населения войскового тыла санитарный взвод МСБ руководил деятельностью и оказывал помощь в работе полковым эпидгруппам.

Для координации работы санитарных взводов 2—3 МСБ и для оказания им квалифицированной помощи на уровень центрального МСБ выдвигалась подвижная лаборатория СЭО, на которую одновременно возлагалась задача обслуживания частей ближайшего армейского тыла и проведение более глубокой санитарно-эпидемиологической разведки в этом районе. На направлениях главного удара подвижные лаборатории усиливались врачом-эпидемиологом и 3—5 обученными санитарами-разведчиками. Кроме того, в распоряжение начальника подвижной лаборатории придавалось отделение ОДР в составе 3 специальных машин с запасом дезинфекционных средств. В некоторых случаях ему же придавалась одна лошадь для перевозки инфекционных больных и для разъездов персонала лаборатории по обслуживаемой территории.

Таким образом, начальник лаборатории имел в своем распоряжении все необходимые средства и силы для проведения квалифицированных первичных противоэпидемических мероприятий. Начальник подвижной лаборатории ежедневно поддерживал живую связь с начсандивами соседних дивизий и с начсанкором, благодаря чему он всегда был хорошо осведомлен об эпидемиологической обстановке среди обслуживаемых им войск и гражданского населения. Эти данные им регулярно направлялись в виде специальных сводок начальнику СЭО, а последним в Санитарный отдел армии.

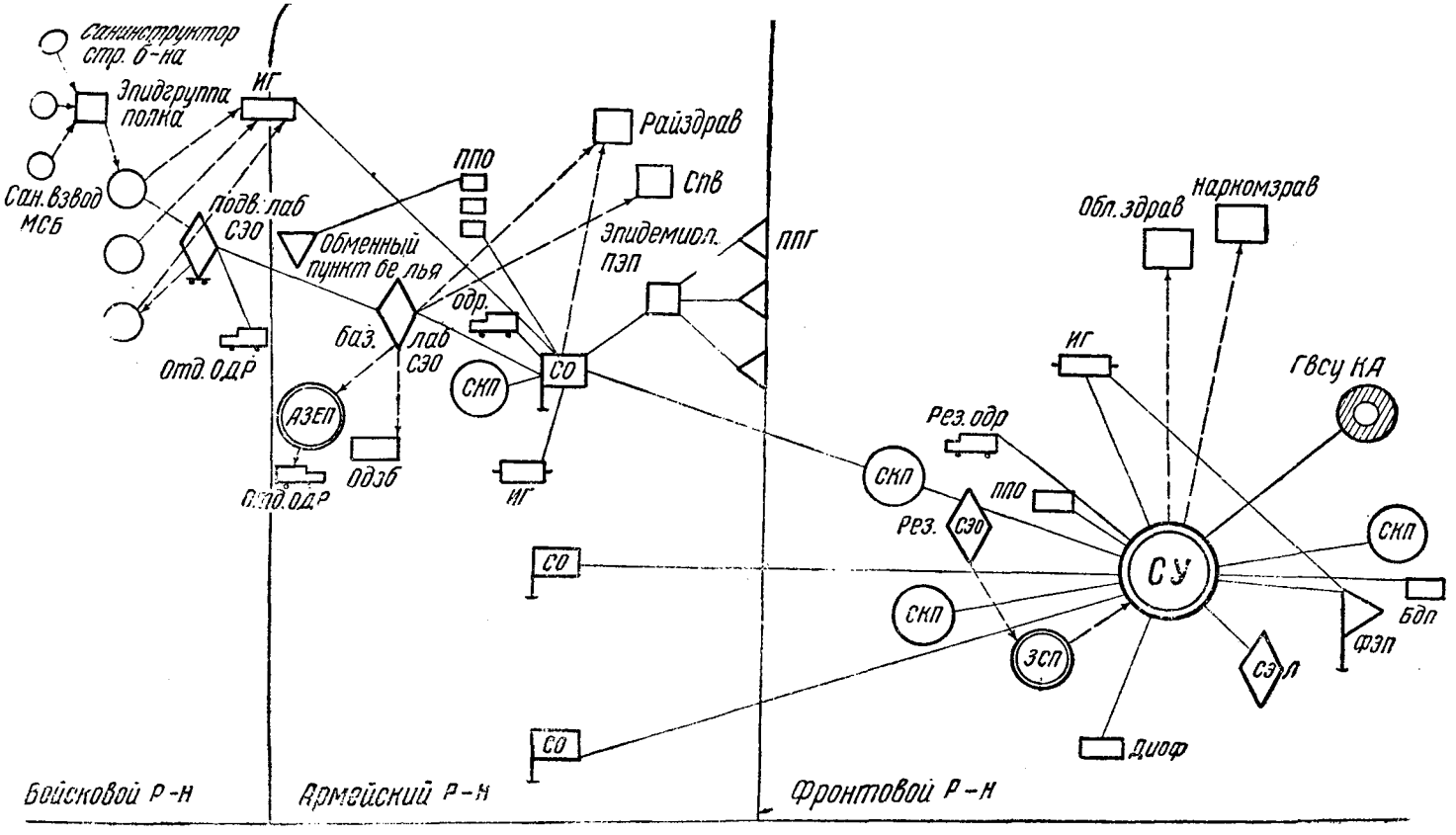
б) Армейский район

Противоэпидемическое обслуживание армейского тыла — резервные и запасные части, лагери военнопленных, склады, армейские дороги, этапы эвакуации раненых, гражданское население и т. п. — возлагалось на базовую лабораторию, усиленную 2—3 врачами, заранее подготовленными при СЭО, и 5—8 санитарами и санинструкторами, прикомандированными из запасного полка или из отдельных частей. У нас сложилось определенное мнение, что для успешного обслуживания многочисленных тыловых частей и обычно большого количества населенных пунктов такое прикомандирование на время наступательных операций для СЭО совершенно необходимо, так как в противном случае он не в силах справиться с поставленной перед ним задачей. Из прикомандированных целесообразно создавать два-три самостоятельных эпидотряда, которым и поручать для обслуживания отдельные объекты. Мы производили такое прикомандирование врачей за счет армейских СЭГ, ГЛР или врачей, находящихся в резерве.

К наиболее ответственным объектам (АЗСП, ГОПЭП, лагери для военнопленных) на время операции придавалась для помощи техника ОДР в составе нескольких машин.

Противоэпидемическое обслуживание грунтовых дорог — очистка и хлорирование колодцев, санитарное наблюдение за питательными пунктами, наблюдение за проходящими воинскими и гражданскими контингентами и т. п. — осуществлялось санитарной службой ОДЭБ под руководством СЭО. В отдельных случаях, особенно при наличии больших потоков реэвакуируемого гражданского населения, в местах наибольшего движения устанавливались штатные или нештатные СКП (на грунте) с приданной им техникой ОДР, а при большой нагрузке и с дополнительным медицинским персоналом за счет ближайшего госпиталя. Усиление СКП упомянутыми средствами и персоналом превращает его в мощный санитарный фильтр, оказывающий большую помощь делу поддержания высокого санитарного состояния фронта или армии. Без этих средств взятый сам по себе СКП способен выполнять только контрольные функции.

Госпитализация инфекционных больных, в том числе и гражданских, производилась в один из ИГ, который обычно дислоцировался где-либо между первой и второй линией госпиталей. Второй ИГ в это время находился в свернутом состоянии и был готов к движению вперед вместе с группой резервных ХППГ. Транспортировка больных осуществлялась транспортом МСБ или по их заявке специальной машиной, приданной для этих целей ГОПЭП. В случае передислокации ИГ имеющиеся в нем больные передавались в инфекционное отделение, которое развертывалось при армейском СЭГ, ГЛР или при каком-



Организация противоэпидемического обслуживания войск фронта в наступательных операциях.

либо другом тыловом госпитале. В последующем эти больные передавались фронтовым лечебным учреждениям, прибывающим на место армейских.

Противоэпидемическое наблюдение за гражданским населением в глубоком армейском тылу возлагалось на расположенные там лечебные учреждения, которым обычно указывался определенный район действия. Само собою разумеется, что при обнаружении очагов инфекции, не могущих быть ликвидированными армейскими средствами, или при невозможности продолжительной задержки этих средств в очаге, в такие населенные пункты выбрасывался фронтовой резерв по представлению начсанарма.

Снабжение воинских частей чистым бельем производилось через обменные пункты, устанавливаемые в районе расположения МСБ на центральной дороге. Обменные пункты неотступно следовали за частями и всегда обязаны были иметь в наличии от 5 до 15 тысяч пар чистого белья. Прачечные отряды были разделены на две группы и работали посменно. Обычно одна из групп ППО (два-три отряда) располагаясь в 20—30 км от обменного пункта, производила стирку и пропитывание белья, а другая в это время, вместе с резервными лечебными учреждениями, находилась в движении вперед. Доставка чистого белья в обменный пункт и грязного в ППО производилась транспортом ППО. Для передислокации обменного пункта Управлением тыла или начсанармом выделялся автотранспорт. То же самое делалось и при передислокации на большие расстояния ППО.

Такая организация работы ППО позволила совершенно бесперебойно и своевременно полностью удовлетворять потребность частей в чистом белье на протяжении всей наступательной операции.

Мытье людей производилось при каждом удобном случае, для чего широко использовались местные крестьянские бани, имевшиеся почти у каждого домохозяина.

в) Фронтовой район

Фронтовая территория для более четкого противоэпидемического обеспечения делилась на две части. Ближайший фронтовой тыл до места дислокации Санитарного управления со всеми расположенными на этой территории частями и учреждениями обслуживался резервным СЭО, другая часть территории фронта — от ВСУ до госпитальной базы ФЭП и МЭП — обеспечивалась СЭЛ и расположенными на этой территории лечебными учреждениями.

Выделение для СЭЛ самостоятельного района наблюдения ни в какой мере не снимало с лаборатории ответственности за ее работу по руководству армейскими противоэпидемическими учреждениями и по проверке санитарно-эпидемиологического состояния различных частей и соединений, научно-исследовательской работы и т. п.

На границе армейской и фронтовой территории или в ближайшем фронтовом тылу на грунте устанавливался СКП с приданными ему средствами усиления по типу армейских СКП. Эти учреждения использовались главным образом для обработки прибывающих на фронт новых частей и пополнений, идущих в армии, минуя фронтовой запасный полк. О прибытии таких пополнений Санитарное управление заблаговременно информировалось штабом фронта.

С подобными целями несколько СКП было расставлено и по узловым ж.-д. станциям во фронтовом тылу, где им были приданы банно-дезинфекционные поезда.

По мере изменения маршрутов перевозок и конечных выгрузочных станций санитарно-контрольные пункты вместе с приданными им средствами усиления за время операции несколько раз меняли свое место дислокации.

Такая расстановка санитарных учреждений, выделение ответственных за противоэпидемическую работу лиц в каждой части и учреждении, организованный контроль за санитарным состоянием гражданского населения, система взаимной регулярной информации между всеми этапами противоэпидемической службы позволяли Санитарному управлению фронта на каждый данный момент иметь четкое представление об эпидемиологической обстановке на любом участке фронтовой территории и в соответствии с этим эффективно маневрировать своими противоэпидемическими резервами.

Бои за Прибалтику окончились в половине октября взятием Риги. Потери войск фронта от инфекционных заболеваний за все время наступления исчис-

лялись ничтожными цифрами, причем цифры эти, несмотря на нарастание темпа наступления, из месяца в месяц непрерывно падали. Так, например, если число заболеваний желудочно-кишечными инфекциями в июле принять за единицу, то (при неизменной численности войск) в августе их насчитывалось 0,8, в сентябре 0,5. Заболевания другими инфекциями исчислялись буквально единицами.

Благодаря изложенной организации противоэпидемического обеспечения крупные очаги сыпного тифа в лагерях для населения в районах Пскова, Острова, Выру, Валга, брюшного тифа среди жителей г. Цесис, многочисленные очаги дизентерии, паратифов, дифтерии и других инфекций были своевременно выявлены и потушены без всяких последствий для войск. Общее санитарное состояние войск фронта до конца операции оставалось вполне удовлетворительным.

Относительно небольшие затраты людских сил и транспортных средств, произведенные в связи с необходимостью усиления некоторых звеньев противоэпидемической службы, полностью окупились конечными итогами операции.

★

Подп. медслужбы А. А. КОЛАЧЕВ

МАТЕРИАЛЫ К КЛИНИКЕ И ТЕРАПИИ ТАК НАЗЫВАЕМОГО ОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО КАПИЛЛЯРОТОКСИКОЗА

В настоящем сообщении мы имеем в виду обобщить материалы по клинике и терапии нового и пока не вполне ясного по этиопатогенезу заболевания, наблюдавшегося в войсках в Крыму в июне—сентябре 1944 г.

Своеобразие клинической картины первых зафиксированных в МСБ и ТППГ случаев этого бурно развивавшегося заболевания заключалось в множественных кровотечениях у больных, поступавших с высокой температурой и жалобами на резкие головные боли, ломоту во всем теле и боли в пояснице. У всех больных отмечалась резкая гиперемия лица и конъюнктив, а также инъекция сосудов склер. У некоторых наблюдалась, кроме того, геморрагическая сыпь, энантема мягкого неба, отставание пульса от температуры, иногда кашель, рвота, понос, а у одного больного отмечен ряд нерезко выраженных явлений со стороны центральной нервной системы.

Больные направлялись в госпитали с самыми разнообразными диагнозами, отражавшими полиморфизм клинической картины заболевания: москитная лихорадка, геморрагический симптомокомплекс, клещевой тиф и т. д.

Клиническое, эпидемиологическое и детальное лабораторное исследования больных (майором медицинской службы Прицевым, капитаном медицинской службы Гордианом и майором медицинской службы Мангуби), а также данные вскрытия и патогистологического исследования органов погибших (капитаном медицинской службы Лицманенко) показали, что перед нами новое, тяжело протекающее инфекционное, но не контагиозное заболевание, очевидно, вирусного происхождения.

Учитывая несомненно инфекционную природу этого заболевания, геморрагический синдром и явления резкой интоксикации, автор предложил назвать его токсико-инфекционным капилляритом. Патогистологическое исследование сосудов не обнаружило в них воспалительных явлений, и за данным заболеванием закрепился предложенный эпидемиологами термин: острый инфекционный капилляротоксикоз.

С целью своевременного выявления случаев заболевания и уточнений ранней его диагностики в войсковые соединения, расположенные в степном районе Крыма, откуда преимущественно поступали эти больные, были направлены опытные терапевты (майор медицинской службы Тонконогий, майор медицинской службы Рудой, майор медицинской службы Кцоян). Стационарное изучение нового заболевания в ИГ и ЭП проводилось врачами госпиталей, а в дальнейшем и членами экспедиции ГВСУ и ВИЭМ: проф. Чумаковым (вирусолог) и научными сотрудниками Шутовой, Карташовой и Раевой.

Диагноз остроинфекционного капилляротоксикоза часто, особенно в начале эндемии, ставился неправильно. Под этим диагнозом часто проходили случаи москитной лихорадки, сопровождавшиеся носовыми кровотечениями, атипично протекавшая малярия, затянувшийся грипп с явлениями выраженной лейкопении и даже кавернозный туберкулез, сопровождавшийся кровохарканьями. Все подобные случаи в нашу работу не вошли.

Всего за указанный период времени в лечебные учреждения поступило 92 больных острым инфекционным капилляротоксикозом (рис. 1).

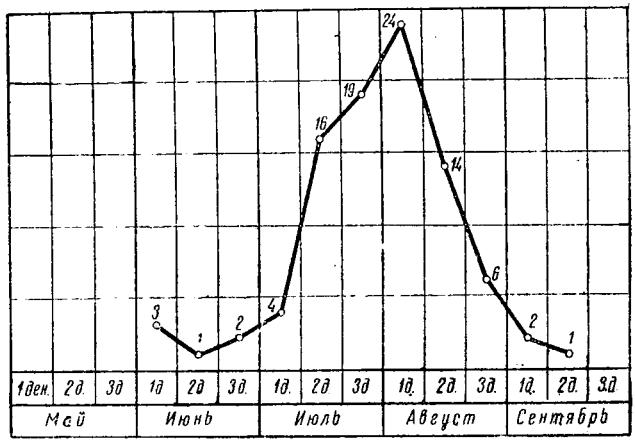


Рис. 1

Из приведенных данных видно, что, начавшись в июне, эндемия капилляротоксикоза дала наибольшее число больных в период со второй декады июля по третью декаду августа. В третьей декаде августа поступление больных значительно уменьшилось, а в сентябре поступило всего лишь 3 больных.

Небезынтересен факт преобладания среди больных связистов, ездовых и геодезистов, т. е. лиц, по своей профессии имевших еще больший контакт с клещами, чем бойцы, работавшие на уборке хлеба.

Длительность инкубационного периода капилляротоксикоза осталась невыясненной. Выяснение продолжительности инкубации затруднялось тем, что все больные почти ежедневно контактировали с клещами или отмечали их укусы в течение всего периода пребывания в степи. Руководствуясь сроками, прошедшими с момента прибытия заболевших в район эндемии до начала заболевания, можно предположительно думать о 7—12-дневной инкубации.

Продромальный период, как правило, отсутствует. Болезнь начинается обычно внезапно — высокой температурой, ознобом (в 30% всех случаев), резкими головными болями, ломотой во всем теле, болями в пояснице (63% случаев), иногда рвотой и нарастающей адинамией.

В течение первых суток температура достигает обычно 40°, держится в течение 3—4 суток и затем ступенеобразно падает. Критическое падение лихорадки отмечено лишь в 13% случаев. Максимальная температура в течение лихорадочного периода не у всех больных одинакова. Температура 38—39° отмечена в 37% случаев, 39—40° — в 52%, свыше 40° — в 11% случаев. Суточные колебания температуры в течение первых дней заболевания обычно незначительны (рис. 2).

Продолжительность лихорадочного периода даже в неосложненных случаях довольно разнообразна. Падение температуры на 6-й день отмечалось в 3 случаях (4%), на 7-й день — в 13 (17%), на 8-й — в 22 (29%); на 9-й—в 17 (22%), на 10-й — в 14 (18,5%), на 12-й день — в 4 (5,2%). В половине всех случаев лихорадочный период заканчивался на 8—9-й день.

На 4—5-й день болезни, реже на 3-й и совсем редко на 2-й день от начала болезни, температура, не доходя обычно до нормы, значительно снижается и на следующий день вновь повышается. Обычно после вторичного подъема, на-

растающего в течение 1—2 суток, начинается лизис, продолжительность которого различна, но чаще всего равна 3—5 дням. В 10% случаев вторичный подъем несколько превышает высоту температуры, предшествовавшей ее снижению.

Подобная кривая отмечена нами в 79% всех случаев. Случаев двуволновой «рецидивирующей» лихорадки мы не отмечали. У 2 больных наблюдался подоб-

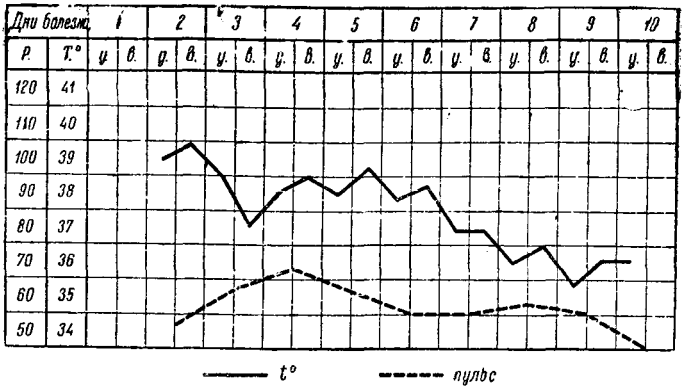


Рис. 2

ный тип кривой, но в обоих случаях окончание первой волны совпадало с обильными кровотечениями, по прекращении которых температура повышалась вновь и затем литически падала, симулируя вторую волну. Последующий субфебрилитет наблюдался в 7 случаях. Необходимо отметить частоту изменений характерной температурной кривой в зависимости от возникающих кровотечений и присоединяющихся осложнений.

Лицо, шея и иногда верхняя часть грудной клетки резко гиперемированы. Слизистые конъюнктивы и склеры инъицированы. Зев, особенно мягкое небо и язычок, а иногда и слизистая глотки гиперемированы. Часто в первый день заболевания возникают носовые кровотечения; нередко кровоточат десны. Со 2-го дня начинает появляться мелкоточечная энантема на мягком небе. С этого же дня уже отмечается мелкоточечная, в 85% петехиальная, в остальных розеолезная сыпь, по большей части необильная. Сыпь обычно появляется на коже боковых сторон грудной клетки, боковых сторон и передней стенки живота и передней поверхности грудной клетки. Начиная с 3-го и особенно на 4-й день болезни появляется кровавая рвота, кровохаркание, кишечные кровотечения, иногда гематурия. Наряду с указанными явлениями у значительного числа больных на губах развиваются трещины и экскориации, на месте которых остаются геморрагические корочки. На коже в области рта и носа иногда появляются наполненные геморрагическим содержимым герпетические пузырьки, сменяющиеся плотными корками. У углов рта нередко наблюдаются экскориации типа длительных незаживающих «заед». Значительно реже констатировались незначительные по величине кровоизлияния на слизистой рта, в одиночных случаях также незначительные по размерам кровоизлияния в коже конечностей. Энантема в области мягкого неба, иногда на язычке, была отмечена у 30% больных; она определялась в 67% случаев на 3-й и особенно на 4-й день болезни, иногда и в более поздние сроки, до 10-го дня болезни.

Продолжительность существования энантемы в 46% случаев не превышала 5 дней; в 12,5% энантема была заметна еще на 7-й день болезни, в ряде случаев определялась на протяжении 2 месяцев с начала заболевания.

Что касается сыпи и кровоизлияний, то быстрота их рассасывания была различна — от нескольких дней до 3 недель.

Кровотечения отмечались: носовые у 40 больных (44% всех случаев), кишечные у 10 (13%), кровавая рвота у 14 (15%). Легочные кровохаркания встречались довольно часто, но выяснить их частоту не представилось возможным; они иногда отмечались одновременно с носовыми кровотечениями или констатировались у лиц с кровоточивостью десен, что при кашле естественно могли приниматься за легочные кровоизлияния. Легочные кровотечения были единичны.

В одном случае одновременно с легочным кровотечением в течение 2 дней наблюдалась резкая гематурия, повлекшая за собой смерть.

Кровоточивость из десен, часто осложнявшаяся в последующем гипертрофическим и нередко язвенным гингивитом, была отмечена у 21 больного (22,9%); она отличалась своей продолжительностью, несмотря на энергично проводимое местное лечение и насыщение организма антигеморрагическими витаминами.

Все случаи кровотечений, за исключением кровотечений из носа, наблюдались в лихорадочном периоде, преимущественно на 4—6-й день заболевания. Они нередко отличались интенсивностью и длительностью. Повторная кровавая рвота на протяжении 1—3 дней наблюдалась у 4, а на протяжении 4 дней у 2 больных; у 14 больных наблюдались комбинированные множественные кровотечения: носовые, желудочно-кишечные и легочные; у одного больного была резкая гематурия с одновременным легочным кровотечением. Носовые кровотечения в 6 случаях повторялись до 13-го дня болезни. Геморрагический синдром, под каковым термином мы объединяли кровотечения, кровоизлияния, кровоточивость, кожные геморрагии и геморрагии на слизистых в различных их сочетаниях, определялся у 78 больных, т. е. в 85% случаев.

Мы не сомневаемся, что и у остальных 14 больных капилляротоксикозом при более раннем поступлении в лечебные учреждения, более тщательном осмотре и лабораторном изучении (исследование испражнений на скрытую кровь и пр.) был бы обнаружен геморрагический синдром.

К признакам, имевшим большое значение, нужно отнести отмеченное у 56% больных отставание пульса от температуры, наиболее выраженное в разгар болезни при высокой гипертермии и часто в первые дни после падения температуры. В этом периоде брадикардия достигала иногда высоких степеней (48—47 ударов в 1 минуту). При возникновении каких-либо осложнений — пневмоний или нагноительных процессов — отставание пульса сменяется учащением, что иногда является первым признаком возникновения осложнения и может иметь диагностическое значение.

В ряде случаев в начале развития воспалительных явлений в легких относительная брадикардия может усиливаться, сменяясь в дальнейшем тахикардией. Эту фазу первоначального замедления пульса мы относим к моменту развития легочных микроинфарктов, на фоне которых и развивается пневмонический процесс, сопровождающийся в дальнейшем тахикардией.

Большое значение для установления диагноза и понимания развертывающихся в организме патологических сдвигов имеет картина крови. Необходимо отметить ценность именно динамического ее исследования. Эритроциты и гемоглобин до 6-го дня болезни остаются более или менее стабильными, с 6-го дня постепенно снижаются и лишь не ранее двух недель после падения температуры вновь начинают повышаться, достигая исходной величины в период 45—60 дней болезни.

В разгар болезни, с 4-го по 6-й день, иногда даже при наличии незначительных кровотечений, у ряда больных отмечается повышение гемоглобина и числа эритроцитов (гемоглобина — до 110%, эритроцитов — до 5 100 000), сменяющееся затем прогрессирующим снижением.

Анемизация больных была незначительной. Лишь у 2 больных на 12-й день болезни количество гемоглобина было ниже 40%, у 2 больных в периоде между 15 и 20-м днем болезни гемоглобин определялся в количестве 20—30%. Цветной показатель был всегда меньше единицы. Какой-либо выраженной патологии со стороны элементов в красной крови отметить не удалось. Токсическая зернистость отмечалась редко и то не более 1—3 телец в поле зрения. Ретикулоцитоз, будучи незначительным в начале болезни (2—4 : 1 000), в дальнейшем значительно увеличивался, достигая в единичных случаях 23 : 1 000. Наблюдавшаяся у ряда больных после значительных кровотечений анемия представляла собой обычную постгеморрагическую анемию.

Изменения белой крови при данном заболевании весьма характерны.

Начиная с первых дней болезни, определяется стойкая лейкопения, особенно выраженная на 5—6-й день. Так, на 5-й день у 13 из 19 больных (68%) отмечалось число лейкоцитов меньше 4 000. Начиная с 7-го дня болезни, лейкопения становится менее резкой.

В периоде от 20-го до 30-го дня болезни число больных с количеством лейкоцитов до 4 000 равно 16%, и лишь через месяц, а иногда и более, лейкоциты в неосложненных случаях приходят к норме. Из 86 больных, у которых было

произведено исследование крови, у 46 (53,5%) число лейкоцитов было меньше 4 000.

Лейкопения с числом лейкоцитов до 2 000 отмечена у 4 больных, т. е. в 8,7%, с числом лейкоцитов от 2 000 до 3 000 наблюдалась у 20 больных (43,5%), с количеством от 3 000 до 4 000 — у 22 (47,8%). При сравнительном изучении лейкопении у больных с геморрагическим синдромом и без него мы отмечали преобладание ее в группе лиц без геморрагического синдрома; у них она отмечена в 71% случаев. Объяснение этому мы находим в большей частоте осложнений у лиц с геморрагическим синдромом, т. е. сопровождающихся лейкоцитозом. Этим объясняется отсутствие лейкопении у некоторых погибших больных.

Лейкоцитарная формула в течение первых дней заболевания характеризуется палочковидным сдвигом до 40%, исчезновением, реже резким уменьшением, эозинофилов, незначительным уменьшением моноцитов и нарастанием лимфоцитов.

Начиная с 5-го дня, число моноцитов увеличивается, с 7-го дня появляются одиночные клетки Тюрка, с 9-го дня начинает нарастать число эозинофилов.

Лимфоцитоз достигает наиболее высоких цифр на 10-й день заболевания; число лиц с количеством лимфоцитов свыше 40% достигает 47%. В дальнейшем лимфоцитоз начинает снижаться, но отмечается еще довольно длительное время. В период от 20-го до 30-го дня заболевания число лиц с лимфоцитозом свыше 40% равнялось 15,4%. Полное возвращение лимфоцитов к норме наступало не ранее чем через месяц после начала заболевания.

Во всех обследованных случаях, протекавших как с геморрагическим синдромом, так и без него, миэлоцитарного сдвига мы отметить не могли.

На 156 анализов крови лишь в 8 отмечены юные формы в количестве от 2 до 5%, в 5 исследованиях были обнаружены миэлоциты — от 1 до 2% (4 случая) и от 2 до 5% (1 случай).

Количество тромбоцитов в крови при остром инфекционном капилляротоксикозе резко уменьшено (д-р Карташова). На 5-й день заболевания у 25% больных количество тромбоцитов было менее 5 000, на 8-й день болезни количество их менее 50 000 отмечалось в 50% исследований. С 12-го дня число случаев со столь высокой тромбопенией резко уменьшается. Тромбопения определялась и у лиц без геморрагического синдрома (менее 50 000 в 1 случае, менее 100 000 в 5 случаях).

Время кровотечения (по Дюке) было в пределах нормы (от 1,5 до 4 минут). Время свертываемости крови колебалось в начале заболевания от 3 до 11 минут, а с 15-го дня болезни от 4 до 6 минут.

Симптом Румпель-Лееде, как правило, отсутствовал. Проведенная в ряде случаев проба Коха была отрицательна. Проба со щипком была часто положительна.

Резистентность эритроцитов нормальна. РОЭ замедлена с первых дней болезни, причем число случаев с замедлением до 6 мм в 1 час постепенно увеличивается, достигая на 5-й день 26% всех исследований. С 5-го дня число случаев замедленной РОЭ уменьшается за счет увеличения случаев ускорения ее в пределах от 10 до 20 мм в час.

Весьма важными как в диференциально-диагностическом отношении, так и для уяснения патогенеза новой болезни являются наблюдаемые у значительного числа больных острым инфекционным капилляротоксикозом явления со стороны центральной и вегетативной нервной системы.

Быстро развивающаяся головная боль, рвота, часто наблюдаемые как в начале страданий, так и в период выздоровления, головокружения, сонливость, апатия, реже возбуждение наблюдались у подавляющего числа больных. Иногда отмечались явления амиостатического порядка в виде амимии, гипокинезии и даже (в одном случае) застывание в одной позе. Изредка отмечается неравномерность зрачков, часто вялая их реакция на конвергенцию, парез лицевого нерва по центральному типу в виде легкой нестойкой асимметрии лица, слабость подъязычного нерва, характеризующаяся отклонением языка при его высовывании; нередко отмечается гипорефлексия, а иногда и арефлексия нижних конечностей, особенно в тяжелых случаях. У ряда больных вызывались патологические рефлексы: Бабинского, Оппенгейма и Гордона. Часто имеются нарушения со стороны брюшных рефлексов и нарушения чувствительности в виде зон гиперестезии.

В тяжелых случаях наблюдались нерезко выраженные менингеальные явления: легкая ригидность затылочных мышц и одно- или двусторонний умеренно выраженный симптом Кернига. При спинномозговой пункции патологии не отмечалось, жидкость была прозрачна и вытекала обычно при отсутствии повышенного давления. Сознание в течение заболевания обычно было не затемнено. Коматозное состояние развивалось лишь в тяжелых случаях за несколько часов до смерти. Помимо явлений со стороны центральной нервной системы, были резко выражены вегетативно-висцеральные нарушения. Как уже упоминалось, у значительного числа больных отмечалась брадикардия (у находившегося под моим наблюдением заболевшего капилляротоксикозом профессора П. в течение 2 дней при температуре 40,1—39° частота дыхания не превышала 10—12 в минуту). У всех больных даже при высокой температуре отмечалась сухость кожи. В нескольких случаях при переходе из лежачего положения в сидячее появлялась резкая потливость лица и всей головы. Особенно бросались в глаза вазомоторные нарушения: ограниченная резкая гиперемия лица, конъюнктив, зева, инъекция склеральных сосудов и многочисленные диапедезные геморрагии различной локализации.

Отмеченные явления со стороны центральной и вегетативной системы отличались лабильностью, непостоянством и быстро исчезали с окончанием лихорадочного периода. Лишь в одиночных случаях был отмечен стойкий парез лицевого нерва, державшийся иногда до дня выписки.

Субъективные жалобы на сердечную деятельность отсутствовали. Изменений со стороны сердца не было и при объективном его исследовании в течение болезни.

При рентгенологическом исследовании ряда больных, преимущественно реконвалесцентов, начавших совершать прогулки, связанные с некоторой функциональной нагрузкой для сердечной мышцы, мы особых изменений, кроме некоторой вялости сердечной пульсации и понижения тонуса сердечной мышцы, не обнаружили. Границы сердца перкуторно в течение заболевания обычно были в пределах нормы или слегка расширены, преимущественно у лиц свыше 40 лет. При выслушивании определялись обычно глуховатые тоны; шумы даже при высокой температуре или значительных кровопотерях отмечались очень редко. Лишь в одном случае со значительными возрастными изменениями определялась нестойкая экстрасистолическая аритмия, мягковатый пульс. В стадии реконвалесценции отмечалась лабильность пульса при самой незначительной нагрузке. Лишь в одном случае мы отметили его дикротию.

Как правило, у всех больных отмечалась выраженная в той или иной степени артериальная гипотония. Максимальное давление от 100 до 115 мм ртутного столба определялось в 50% случаев, ниже 100—в 48% всех проведенных измерений. Лишь в 2% случаев максимальное давление было свыше 115 мм. Особой разницы в величине кровяного давления у лиц с геморрагическим синдромом и без него мы отметить не могли. В неосложненных случаях наблюдалось значительное снижение кровяного давления к концу лихорадочного периода, особенно на 1—10-й день болезни, и весьма медленный и постепенный возврат его к нормальным цифрам в периоде выздоровления. Предел снижения максимального давления не превышал 80, а минимального 40 мм ртутного столба. Пульсовое давление, снижавшееся в течение лихорадочного периода иногда до 30 мм, с падением температуры, точнее с 15-го дня болезни, приходило к норме.

Со стороны органов дыхания отмечались одиночные случаи ларингита, трахеита и довольно часто бывал бронхит. Бронхопневмония клинически определялась в 10,8% всех случаев заболеваний. Наклонность к развитию бронхопневмоний у больных с инфекционным капилляротоксикозом находит объяснение в частоте наблюдаемых у них легочных кровотечений, ведущих к образованию гемоаспирационных ателектазов с последующим развитием в ряде случаев мелкоочаговой пневмонии. Причиной развития бронхопневмоний может служить аспирация крови из верхних дыхательных путей при наличии в них кровоизлияний, каковые нередко констатировались на секции. По данным секций, «бронхопневмония являлась почти постоянным спутником этого страдания» (Лицманенко). Изменения со стороны органов пищеварения имели выраженный характер. Помимо кровавой рвоты и кишечных кровотечений, у больных нередко наблюдались поносы (15% случаев) и боли в животе (9,8%). Тошнота отмечена в 10,8% всех случаев. Рвота наблюдалась у 18 больных; в половине всех случаев она была, очевидно, центрального происхождения, так как возникала часто в начале заболевания одновременно с развитием высокой температуры и резкой головной боли.

Язык обычно был с беловатым налетом, часто суховат, а у лиц с кровавой рвотой, кровохарканиями и кровоточивостью из десен и слизистой рта — ржавый. Нередко определялся неприятный запах изо рта. Несмотря на сухость во рту, повышенной жажды у больных не отмечалось. Живот был мягким. Увеличение печени наблюдалось у 19 больных (25,5%). Селезенка прощупывалась у 18 больных (20%). Печень и селезенка при пальпации нередко были уплотнены. В одном случае констатировалось увеличение печени на 4 поперечных пальца. У ряда этих больных в анамнезе отмечалась малярия, у некоторых в крови были обнаружены малярийные паразиты.

С целью выяснения частоты микрокровоизлияний в кишечнике у 25 больных с геморрагическим синдромом, но без кровотечений и без геморрагического синдрома исследовались испражнения на наличие эритроцитов. По данным 36 анализов, эритроциты в количестве 6—10 и до 20 в поле зрения были обнаружены у 14 из 19 больных с геморрагическим синдромом (73%) и у 5 больных из 6 без геморрагического синдрома, причем число обнаруженных эритроцитов в последней группе было меньше. В нескольких случаях у больных без геморрагического синдрома реакция Грегерсена была положительной, но наряду с этим необходимо отметить, что у ряда больных даже с геморрагическим синдромом эритроциты в испражнениях не обнаруживались и реакция Грегерсена была отрицательна. При исследовании желудочного сока в лихорадочном периоде отмечалась лишь незначительная гипохлоргидрия.

Дизурические расстройства были редкими и наблюдались лишь в тяжелых случаях, чаще в агональном периоде. Суточное количество мочи в течение лихорадочного периода было снижено. Симптом Пастернацкого часто положителен. Гематурия, как уже упоминалось, встречалась редко и лишь в одном случае обнаруживалась макроскопически.

Белок в моче констатирован был у 30 больных, т. е. в 34,5%, но количество белка было часто ничтожное. Лишь в 2 случаях определялось значительное количество его. Эритроциты обнаружены у 11 больных (в 12,9%). Лишь у 3 лиц число эритроцитов превышало 10 в поле зрения. «Фибринные» цилиндры и «вакуолизированные» клетки, описанные при инфекционном нефрозо-нефрите, у наших больных не определялись. Аккомодация почек не нарушена. Остаточный азот в крови был в пределах нормы. В случаях высокой, кстати сказать, быстро исчезавшей альбуминурии отеков не наблюдалось. Артериальной гипертонии у лиц с альбуминурией и цилиндрурией также не отмечалось.

Офталмоскопически дно глаза было обычно нормальным. В одиночных случаях в течение лихорадочного периода отмечалось резкое расширение вен и сужение артериальных сосудов (проф. Медведев).

При капилляроскопии (д-р Раева) у значительного числа реконвалесцентов и ряда больных в остром периоде заболевания определялся бледный, реже с цианотическим оттенком фон, часто бледность и резкое уменьшение числа капилляров, их деформация, расширение в венозном колене и зернистый прерывистый ток крови. При капилляроскопии кожи на месте точечных геморрагий были видны расширенные капилляры с большим количеством эритроцитов вокруг них.

Из осложнений, наблюдаемых при этом заболевании, необходимо упомянуть о довольно частых гнойных конъюнктивитах, 2 случаях эпидидимита, 1 случае перитонита, 2 случаях паротита и 1 случае сепсиса. В анамнезе последнего больного отмечалась гонорея, при лабораторном обследовании были обнаружены гонококки. В конце лихорадочного периода у него развился пиэлоцистит, затем двусторонний фуникулит, значительный воспалительный инфильтрат в области мочевого пузыря и, наконец, припухание в области правого грудино-ключичного сочленения. В дальнейшем все местные воспалительные явления исчезли, и осталось лишь некоторое утолщение сустава; больной до настоящего времени в течение 3 месяцев периодически лихорадит с подъемами температуры, иногда до 39°.

Тяжесть течения инфекционного капилляротоксикоза зависит не только от интенсивности кровотечения, но главным образом от явлений интоксикации и интенсивности связанных с ней изменений в органах. Смерть наступала всегда бурно в лихорадочном периоде. Погибающие больные, несмотря на иной раз большую потерю крови, не производили впечатления глубоких анемиков.

Средняя продолжительность заболевания в случаях, окончившихся смертью, равнялась 7 дням.

Период реконвалесценции после окончания лихорадочного состояния обычно протекает медленно. Выздоравливающие слабы, вялы и апатичны, часто жалуются на головокружения, особенно после даже кратковременного пребывания под лучами солнца. Рецидивов заболевания не отмечалось.

В течение 75-дневного наблюдения ряда больных никаких поздних осложнений со стороны внутренних органов и нервной системы не отмечалось.

У ряда реконвалесцентов через месяц после начала болезни и даже позднее мы неоднократно определяли наличие многочисленных энантем на мягком небе, резкое инъицирование мелких сосудов зева и склер и, что особенно обращает внимание, инъицирование сосудов скуловой области, по расположению и интенсивности напоминающее rosaceae.

Из 92 больных выписано в часть 72 (78,2%), уволено в отпуск 6 (6,5%), признано ограниченно годными 3 (3,2%), умерло 9 (9,7%), продолжают лечение 2.

Значительному числу выписанных непосредственно в часть, как правило, предоставлялся отпуск при части.

Средняя продолжительность заболевания выписанных в часть равнялась 29 дням. У лиц без геморрагического синдрома она равнялась 23 дням. Наименьшая продолжительность заболевания была 11 дней. Средняя продолжительность пребывания больного в госпитале 24 дня.

Диагноз острого инфекционного капилляротоксикоза в первые 1—2 дня довольно труден, и только дальнейшее наблюдение позволяет отличить его от москитной лихорадки, сыпного тифа, клещевого риккетсиоза, токсикоалиментарной алейкии и инфекционного (геморрагического) нефрозо-нефрита.

Наиболее трудно отдифференцировать инфекционный нефрозо-нефрит. Необходимо напомнить, что при остром инфекционном капилляротоксикозе никогда не наблюдаются описанные при инфекционном нефрозо-нефрите бледность носогубного треугольника и катаральные явления в начале болезни. При остром инфекционном капилляротоксикозе отсутствует, как правило, наблюдаемый при инфекционном нефрозо-нефрите почечный синдром с постоянной гематурией, иногда анурией, «фибринными» цилиндрами и «вакуолизированными» клетками. Отсутствует также наблюдаемая у большинства больных нефрозо-нефритом икота. Лейкоцитоза, доходящего при инфекционном нефрозо-нефрите до 50 000, здесь нет. Частые спутники инфекционного нефрозо-нефрита—рвота и боли в животе—у наших больных встречались редко, причем рвота наблюдалась в период нарастания температуры и была, очевидно, мозгового происхождения. При инфекционном капилляротоксикозе отсутствует наблюдаемый при инфекционном нефрозе-нефрите миэлоцитарный сдвиг крови.

Лечение больных острым инфекционным капилляротоксикозом должно быть направлено на борьбу с интоксикацией, кровотечениями и осложнениями.

С целью дезинтоксикации мы рекомендуем интравенозные вливания уротропина с глюкозой и подкожное введение физиологического раствора. Введение физиологического раствора имеет в виду также повышение свертываемости крови. При значительных кровопотерях и наличии выраженной гемоглобинемии проводились гемотрансфузии. Учитывая данные Фонте, Тизоли и др., говорящие о том, что проводимая с короткими интервалами гемотерапия может оказать тормозящее влияние на эритропоэз, мы проводили гемотрансфузии с промежутками в 4—5 дней и небольшими дозами (по 100—150 см³).

При кишечных кровотечениях с целью воздействия на кишечные сосуды вводился адреналин. Каждый больной, независимо от наличия геморрагического синдрома, получал в больших дозах витамин С.

Всем больным с выраженными геморрагическими явлениями вводилась интравенозно аскорбиновая кислота. Кроме того, при наступивших кровотечениях широко применялся витамин К. В некоторых лечебных учреждениях применялся и витамин А.

Необходимо упомянуть, что интравенозное применение хлористого кальция и натрия в случаях значительных кровотечений гемостатического эффекта не давало. Несмотря на значительное насыщение антигеморрагическими витаминами, кровоточивость из десен у ряда больных продолжалась в течение значительного времени. В ряде случаев без особого эффекта применялись эфедрин, симпатол, кордиамин и другие препараты.

Режим в течение лихорадочного периода и ряд дней по его окончании был постельный.

В целях профилактики желудочно-кишечных кровотечений диэта больных была химически и механически щадящей, со значительным содержанием витаминов (протертые овощи, фруктовые соки и пр.). Значительное внимание уделялось профилактике могущих возникнуть осложнений (уход за полостью рта, глазами, кожей).

В период выздоровления, характеризующегося длительной адинамией и продолжающимися циркуляторными расстройствами (головокружение, головные боли и т. д.), важен режим покоя и применение тонизирующих средств (фенамин, первитин, стрихнин и пр.). При наличии расстройств чувствительности и вообще каких-либо явлений со стороны нервной системы применялся витамин В.

Основной и ведущий синдром острого инфекционного капилляротоксикоза — выраженные в той или иной степени геморрагические явления.

Множественность кровоизлияний, интенсивность и диапедезный их характер говорят о каком-то системном поражении капилляров.

Значительное число больных, поступающих с однообразной клинической картиной из одного и того же района, возникновение этого заболевания у лиц, почти исключительно работавших на полевых работах, отрицание подавляющим числом больных каких-либо кровотечений в прошлом и, наконец, констатация подобных заболеваний среди гражданского населения побудили искать причины наблюдаемых расстройств в какой-то неизвестной инфекции.

При патогистологическом исследовании сосудов каких-либо воспалительных, дегенеративных и гиперергических изменений установить не удалось (Лицманенко).

Возник вопрос о возможности диффузного токсического поражения капилляров, влекущего за собой повышение их проницаемости с последующими кровоизлияниями.

Отрицательный, как правило, феномен Румпель-Лееде, являющийся показателем целостности эндотелия капилляров, и светлый фон поля при капилляроскопии не дают нам права думать о подобном механизме геморрагического синдрома.

Точно так же и наличие тромбопении при нормальной свертываемости крови и нормальном времени кровотечения не позволяет считать ее причиной этого синдрома. Необходимо упомянуть, что тромбопения наблюдалась нами и у больных инфекционным капилляротоксикозом, но без видимых проявлений геморрагического синдрома, а также у больных другими заболеваниями без каких-либо геморрагических проявлений.

Нельзя не упомянуть о том, что школой Люиса доказано расширение сосудов и повышение проницаемости их при поступлении в сосудистое ложе гистаминоподобных веществ, образующихся в тканях при обширных травмах и инфекционных заболеваниях, но о возможности геморрагии под влиянием этого тканевого фактора в доступной нам литературе мы указаний не нашли.

Мы считаем, что в основе наблюдаемых при остром инфекционном капилляротоксикозе циркуляторных расстройств, проявлением которых является геморрагический синдром, лежат нарушения вегетативно-сосудистой иннервации, возникающие на почве поражения симпатического сосудо-двигательного аппарата.

С современной точки зрения (Степанов) вегетативная нервная система при помощи перицитов (клеток Руже) регулирует состояние стенок капилляров и их проницаемость.

При поражении вазомоторных центров наступает падение сосудистого тонуса, расширение сосудов, усиление их кровенаполнения, а парез вегетативных окончаний, непосредственно связанных с перицитами, ведет к повышению проницаемости капилляров и последующим кровоизлияниям.

От степени и локализации нарушений вегетативно-сосудистой иннервации зависит и клиническая картина заболевания. В одних случаях мы имеем лишь ограниченную гиперемию лица, конъюнктив слизистой неба и глотки, резкое инъицирование склеральных сосудов, в других — эти же явления плюс энантемы и геморрагическая сыпь; в третьих — кровоизлияния, кровоточивость и кровотечения в различных комбинациях с перечисленными явлениями.

Расстройства циркуляции все же носят более или менее выраженный регионарный характер, а именно — область головы, шеи и верхней части грудной клетки, затем желудочно-кишечный тракт и другие органы брюшной полости.

Циркуляторные расстройства в головном мозгу и области головы, шеи и верхней части грудной клетки могут зависеть от поражения симпатического ганглиозарного аппарата шеи, часто поражаемого при инфекциях. Необходимо напомнить

о частоте пневмоний при остром инфекционном капилляротоксикозе и о том, что работами Сперанского, Тонких доказана возможность пневмоний в результате рефлекторно-гуморальных сдвигов и связанных с ними нарушений кровообращения в малом кругу на почве раздражения верхних шейных симпатических узлов.

Что касается циркуляторных нарушений в брюшной полости и, в частности, кровоизлияний в области желудка и кишечника, то они тесно связаны с состоянием чревного нерва, роль которого в перераспределении крови в организме и иннервации сосудов брюшной полости огромна.

В отношении картины крови, бедность которой молодыми формами может создать мнение о тяжелых расстройствах кроветворения, необходимо напомнить, что лейкоцитоз или лейкопения, обнаруживаемые в сосудах кожи, всего лишь индексы на тот или иной механизм перераспределения крови, т. е. на ту или иную установку вазомоторных центров и вегетативной нервной системы в целом (Давыдовский). При остром инфекционном капилляротоксикозе мы имеем ту или иную степень паралича чревного нерва с резкой гиперемией, лейкоцитозом внутренних органов и лейкопенией кожных покровов.

Данных за то, что лейкопения в наших случаях является признаком токсического нарушения лейкопоэза, у нас нет. У ряда больных с множественными и иногда повторными кровотечениями, несомненно, наблюдалась гипохромная анемия, особенно в случаях кровоизлияний в костном мозгу, но эти случаи были немногочисленными. Что касается наблюдавшейся у больных в начале болезни временной полиглобулии, то патогенез ее остается для нас неясным.

Интересным представляется факт, что период замедленной РОЭ совпадал с периодом полиглобулии.

В момент оформления нашей работы было получено сообщение об открытии проф. Чумаковым возбудителя острого инфекционного капилляротоксикоза, оказавшегося ультрафильтрующимся вирусом, особенности и характер которого пока мало изучены.

На протяжении последних лет появился ряд работ, посвященных описанию вспышек заболеваний, характеризующихся избирательным поражением нервной системы. Наряду с типичными формами клещевого энцефалита (Богородинский и Шаргородский, Гальперин, Лурье и др.) описаны полиневриты, полионевракситы и другие невровирусные заболевания, при которых отмечались кровоизлияния, кровотечения, вегетативно-висцеральные расстройства и даже геморрагическая сыпь. Описаны случаи желудочно-кишечных кровотечений с геморрагической сыпью, но без упоминания о наличии поражения центральной или вегетативной нервной системы (Ситовский). Во многом сходен по клинической картине с острым капилляротоксикозом инфекционный нефрозо-нефрит, при котором, так же как и при описываемом нами заболевании, наблюдаются явления со стороны нервной системы.

Все это дает нам право отнести острый инфекционный капилляротоксикоз к невровирусным заболеваниям и высказать мысль, не являются ли вегетативные, в частности, циркуляторные нарушения основной причиной клинического разнообразия многих невровирусных заболеваний.

Острый инфекционный капилляротоксикоз — тяжелое заболевание, характеризующееся довольно высокой смертностью, тяжелым течением и сравнительно длительным выздоровлением, что и определяет его эвакуационную характеристику. Ввиду того что данное заболевание неконтагиозно, больные могут быть эвакуированы и в ТППГ. При наступивших кровотечениях больные нетранспортабельны и их лечение до исчезновения угрожающих явлений должно проводиться на месте — в госпитальном взводе МСБ. Во избежание рецидивов кровотечения транспортировка подобных больных должна производиться лежа, на конном или автотранспорте в сопровождении медицинского персонала. При маневренных операциях и встречном бое подобные больные по подтверждении диагноза и констатации транспортабельности эвакуируются из ТППГ в госпитальную базу армии, где и заканчивают лечение.

Эвакуации в тыл за пределы армии подлежат лишь лица с явлениями длительно продолжающейся адинамии и с неуступающими лечению на месте осложнениями.

При выписке в часть, особенно во время боевых операций, необходимо учитывать не только самочувствие больного, но и наличие могущих продолжаться циркуляторных расстройств, легко возникающей кровоточивости десен, поздних энантем, поздних кровоизлияний на слизистой рта и т. д. Кроме того, необходимо принимать во внимание численность тромбоцитов в крови.

Выводы

1. Так называемый острый инфекционный капилляротоксикоз является новым по клинической картине заболеванием.

2. Заболевание это представляет собой невровирусную инфекцию, характеризующуюся своеобразным поражением преимущественно вегетативной нервной системы.

3. Клиническая картина и исход этого заболевания определяются наличием резких циркуляторных расстройств, быстротой их развития и локализацией, соответствующей главным образом зонам иннервации симпатического ганглионарного аппарата шеи и чревного нерва.

4. Непосредственной причиной наблюдающегося при этом страдания геморрагического синдрома является нарушение вегетативной иннервации сосудов, и в известной степени можно думать о непосредственном воздействии на стенку капилляров циркулирующего в крови токсина.

5. Наблюдаемые при остром капилляротоксикозе изменения периферической крови, в частности, лейкопения, возникают на почве регионарно-системного ее перераспределения, но не в результате системного поражения кроветворного аппарата. Нарушения гемопоэза незначительны.

6. Клиническая картина заболевания во многом сходна с клиникой геморрагического (инфекционного) нефрозо-нефрита, но резко отличается рядом особенностей, определяющих самостоятельность инфекционного капилляротоксикоза как отдельной нозологической единицы.

7. Острый инфекционный капилляротоксикоз, наблюдавшийся в 1944 г. в Крыму, является одним из звеньев длинной цепи описанных за последние годы невровирусных заболеваний.

Майор медслужбы Н. А. КУЛИЧКОВ

и подп. медслужбы В. А. ЖМУР

ГАЗОВАЯ ИНФЕКЦИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ ХППГ

Частота осложнений ран газовой инфекцией по нашему материалу ППГ первой и второй линии в период с июля 1942 г. по май 1944 г. колебалась в разные месяцы от 0,69 до 5,6%, а в среднем равна 2,2%.

Газовая инфекция по нашим наблюдениям является основной причиной смерти раненых в ППГ (42,6% всех умерших от ранений).

Инкубационный период принимается обычно в 2—3 дня. Наши данные подтверждают эти наблюдения. Главная масса осложнений в нашем госпитале возникала на 3—4-й день после ранения.

Это осложнение появлялось у раненых как раз в тот период, когда они проходили наш этап, т. е. ППГ первой и второй линии. Следовательно, вопрос борьбы с газовой инфекцией для работников ППГ является актуальнейшим. Успешное разрешение этого вопроса во многом зависит: 1) от знания факторов, способствующих возникновению осложнения ран газовой инфекцией; 2) от своевременной ранней диагностики; 3) от рационального лечения; 4) от правильной организации дела борьбы с газовой инфекцией в ППГ.

Для клинического проявления газовой инфекции недостаточно наличия только одной причины этого осложнения — присутствия соответствующих микробов в ране. Болезнь возникает тогда, когда налицо имеется целый ряд дополнительных факторов, способствующих развитию вызывающих ее возбудителей. К числу таких факторов относится характер раны.

По нашему материалу в 80% случаев газовая инфекция осложняет раны, которые проникают на большую глубину с повреждением тканей на значительном протяжении, нередко сопровождаются обширным оскольчатым переломом костей и повреждением крупных сосудов с образованием большой гематомы.

Доказательством того, что характер ранения имеет весьма большое значение в клиническом проявлении и тяжести газовой инфекции, служат случаи двустороннего поражения конечностей или нескольких участков тела одной и той же пулей. При этом, как правило, та конечность, которая повреждается первой, т. е. в тот момент, когда пуля имеет наибольшую пробивную силу и оказывает наименьшее ушибающее и размозжающее действие на ткани, или совсем не поражается газовым процессом, или осложняется им позже и болезнь протекает легче. Иная картина развивается на конечности, поврежденной во вторую очередь. Здесь зона повреждения обычно большая, область ушибленных и разбитых тканей более обширна, имеется много глухих карманов, гематома, и нарушение кровообращения выражено резче. Такая рана чаще осложняется газовым процессом, а течение последнего более тяжелое.

У нас было 10 подобных случаев.

Например, раненый В. поступил в ППГ спустя довольно продолжительное время, без первичной хирургической обработки. Диагноз: сквозное пулевое ранение мягких тканей обеих голеней в средней трети одной и той же пулей. Правая голень прострелена первой. Типичная газовая флегмона развилась на левой голени, которая была повреждена второй; на правой ноге анаэробный процесс распространился недалеко за пределы раневого канала. Под эфиром произведено широкое раскрытие очагов газовой инфекции обеих голеней. Через трое суток произведена ампутация левого бедра в средней трети в связи с появлением и быстрым прогрессированием гангренозных явлений. Через неделю — рецидив на культе. Очаг газовой инфекции на последней широко раскрыт. С первого дня пребывания раненого в госпитале ему производилась систематически внутривенно противогангренозная серотерапия по нашей схеме (о ней ниже) в сочетании с многократными переливаниями крови. На правой голени очаг газовой инфекции был купирован на 10-й день лечения.

Раненый был эвакуирован в тыл через $1^1/_2$ месяца во вполне удовлетворительном состоянии.

Общепринято мнение, что ранения с повреждением костей чаще осложняются газовой инфекцией. Мы встречали повреждение костей в 72% всех случаев газовой инфекции.

Своевременность и качество первичной хирургической обработки также являются факторами, от которых зависит клиническое проявление анаэробной инфекции. Из числа раненых, у которых развились осложнения газовой инфекцией, поступило в ППГ с удовлетворительной хирургической обработкой 25,2%, с недостаточной обработкой 42,6%, поступило без первичной обработки 32,2%.

Эти данные подтверждают связь клинического проявления газовой инфекции с плохой первичной хирургической обработкой или ее отсутствием.

В последнее время в литературе отмечалось различие в частоте и степени злокачественности газовой инфекции в летне-осенние и зимние месяцы: именно зимой осложнение ран газовой инфекцией встречается гораздо чаще и протекает тяжелее, чем летом и осенью. Объясняется это главным образом сопутствующим ознобленнем и отморожением конечностей. Согласно нашим данным, мы не можем утверждать, что зимой газовых инфекций больше, чем летом.

Частота осложнений ран газовой инфекции за время с июля 1942 г. по апрель 1944 г. по месяцам в процентах была следующая: в 1942 г. — январь 0,3, февраль 4,3, сентябрь 2,5, октябрь 3,2, ноябрь 3,02, декабрь 1,7; в 1943 г. — январь 2,4, февраль 2,9, март 0,4, апрель 0,5, сентябрь 0,88, октябрь 0,92, ноябрь 0,69, декабрь 2; в 1944 г. — январь 5,6, февраль 2,07, март 1,4, апрель 2,24; май, июнь, июль, август 1943 г. не показаны, так как в этот период госпиталь был свернут или принимал только легко раненых; газовых осложнений за это время не было.

Летом 1942 г. газовая инфекция встречалась чаще, а зимой 1942/43 г.—реже, осенью 1944 г. осложнений ран анаэробной инфекцией встречалось меньше, чем зимой 1943/44 г.

Такое колебание частоты осложнений ран газовой инфекцией, повидимому, зависит не только от времени года, но и от интенсивности боевых операций, от объема и качества хирургической обработки ран на этапах эвакуации, от способа транспортировки раненых, а также от степени зараженности почвы анаэробными микробами. Резкое увеличение количества газовых инфекций в августе 1942 г. объясняется тем, что в этот период армия вела напряженные оборонительные бои.

обусловившие длительное нахождение войск на одном месте, сужение объема хирургической обработки по количеству и по качеству, так как этапы санитарной эвакуации были перегружены работой. Бои тогда велись в окрестностях крупного города, вокруг которого земля была чрезвычайно загрязнена анаэробами.

Наблюдаются не только колебания частоты осложнений по месяцам, но и вариации характера осложнений. Например, в апреле 1944 г. наблюдалось резкое увеличение случаев «отечной» формы (до 56%). Увеличение случаев «отечной» формы подтверждается патологоанатомическими данными. Именно при 33 вскрытиях газовая форма найдена в 13 случаях, смешанная («газово-отечная») — в 4 и отечная — в 16 случаях (прозектор — майор медицинской службы И. Я. Яковлев).

Клиническое течение отечной формы характеризовалось большой злокачественностью, выражавшейся в сильной общей интоксикации еще до появления отчетливых местных симптомов.

В предшествующие месяцы (до апреля 1944 г.) мы имели резкое преобладание «газовой» формы над прочими (до 70—80%).

Данные о локализации анаэробного процесса и смертности в зависимости от этого представлены в табл. 1.

Таблица 1

Локализация	Число случаев в %	Умерло в %
Предплечье	8,4	11,9
Плечо	23,7	28,2
Грудь	5,2	68,8
Голень	32,2	24,3
Бедро	25,2	53,6
Ягодицы	5,3	72,4

На первом месте по количеству ран, осложненных газовой инфекцией, стоит голень, на втором — бедро, затем плечо. Это объясняется, во-первых, тем, что указанные области вообще повреждаются чаще других участков тела, а во-вторых, тем, что в них расположены большие мышечные массивы.

Из табл. 1. видно, что наибольшая смертность наблюдается при локализации осложнения в области ягодиц, груди и бедра. Если учесть, что при локализации осложнения на предплечье или на голени с ним можно в крайнем случае покончить ампутацией, а при поражении груди, ягодиц и верхней трети бедра этой возможности нет, то бо́льшая смертность при газовой инфекции указанных областей становится понятной. Повышенная смертность в этих случаях объясняется также тем, что быстрота образования и всасываемость токсинов здесь гораздо интенсивнее. К тому же немалая часть ранений груди, ягодиц и верхней трети бедра, осложненных газовой инфекцией, являются проникающими, т. е. весьма тяжелыми.

Из изложенного ясно, что при борьбе с газовой инфекцией вообще, и при сывороточной терапии ее в частности нельзя не учитывать локализации ранения.

Первым симптомом возникновения газовой инфекции являются боли в ране. Они наблюдались нами в 100% случаев раннего диагноза. Эти боли держатся, несмотря на первичную хирургическую обработку, хорошую иммобилизацию и применение наркотиков. Иногда больные рано ощущают чувство тесноты повязки, распирание, давление в ране. Одновременно с болями появляется отек, заметный глазом. О нем же свидетельствуют следы от врезывания повязки. Кожа при этом бледна и имеет характерный блеск. Подкожные вены расширены. Рана суха, безжизненна, ареактивна. При надавливании из нее выделяется сукровичная жидкость наподобие гемолизированной крови. Припухания лимфатических желез мы не наблюдали.

Общие явления выражаются прежде всего в изменении психики. Эйфория в ранних стадиях весьма редка. Она характерна лишь для самых злокачественных случаев. Иногда больные возбуждены, излишне говорливы, часто меняют поло-

жение. Нередко мы отмечали симптом эмоциональной тупости (А. С. Зотов), заключающийся в некоторой безучастности ко всему, как бы замкнутости больного, погруженности его в себя. Выражение лица при этом страдальческое, глаза имеют утомленный вид. Температура тела у «газовых» всегда повышена, и это является ранним признаком. Особенно характерно повышение температуры до 38—38,5° утром и вечером на вторые и третьи сутки после ранения, несмотря на первичную хирургическую обработку и хорошую иммобилизацию. Гнойная инфекция обычно такого раннего и стойкого повышения температуры не дает.

Характерно в таких случаях то, что даже после хорошего раскрытия и дренирования очага анаэробной инфекции повышенная температура тела и сухость, ареактивность раны со скудным геморрагическим отделяемым держатся трое-четверо суток.

Пульс в ранней стадии удовлетворительного наполнения, но выше соответствующей температуры. Важное значение для обнаружения газа в тканях имеет рентген. Однако рентгеновские данные ценны только в сочетании с определенными клиническими симптомами, иначе они могут дать повод к заблуждению. Так, в одном случае, когда рентгеновским обследованием был обнаружен газ в тканях, клинических симптомов газовой инфекции не было и при рассечении был вскрыт большой гнойник.

Основой нашего лечения раненых с газовой инфекцией было активное хирургическое вмешательство в виде рассечения, иногда иссечения пораженных тканей или ампутации. После рассечения и при последующих перевязках раны рыхло тампонировались марлей с раствором марганцовокислого калия (5%), хлорамина (2%) или перекиси водорода. Преимуществ какого-либо антисептика нами не замечено.

Иммобилизация проводилась транспортными шинами. Ввиду необходимости частых и очень тщательных перевязок и постоянного наблюдения за ходом процесса этот вид иммобилизации пока остается наиболее пригодным; ампутации производились в тех случаях, когда, несмотря на все принятые меры, процесс нарастал и явно угрожал жизни раненого или когда с самого начала местно было чрезвычайно бурное течение, а общие явления представлялись весьма тяжелыми. Наличие обширного оскольчатого перелома кости заставляло чаще прибегать к ампутации.

В общем же вопрос об ампутации нередко очень трудно решить и слова проф. Федорова о том, что хирургу иной раз легче решиться на операцию, нежели отказаться от нее, в вопросе об ампутации при газовой гангрене совершенно справедливы. Несомненно, что ампутировать следует только по жизненным показаниям. На ампутацию следует решаться без колебаний лишь в случаях полной гангрены всех сегментов конечности, при крайне быстро ухудшающемся общем состоянии раненого. Мы применяли обычно гильотинный способ ампутации с предварительной перевязкой крупных сосудов на протяжении без наложения жгута.

После осуществления мер хирургического порядка главным лечением остается внутривенное применение противогангренозной сыворотки в больших дозах. При этом крайне необходим определенный критерий применения той или иной дозы сыворотки с определенными промежутками. В качестве таких важных критериев мы принимали фазу, форму и локализацию осложнения. На основании наших наблюдений мы пришли к следующим выводам:

а) В тех случаях, когда газовая инфекция не распространилась далеко за пределы раневого канала и имеются отграниченные флегмонозные явления без газовой крепитации (первая фаза осложнения), после оперативного вмешательства следует ввести внутривенно 15 000 АЕ противогангренозной сыворотки; через 5—7 часов эту дозу повторяют, а в дальнейшем вводят по 10 000 АЕ ежедневно до появления надежных признаков купирования осложнения (стойкое снижение температуры тела, улучшение общего состояния, уменьшение отека, резкое увядание всех местных явлений). При локализации такой легкой формы осложнения в области груди, ягодиц, верхней и средней трети бедра и плеча дозу первично вводимой сыворотки увеличивают до 25 000 АЕ; через 5—7 часов эту дозу повторяют, а при последующих ежедневных введениях увеличивают до 15 000 АЕ.

б) При выраженных флегмонозных явлениях с наличием газовой крепитации после операции вводят 25 000 АЕ противогангренозной сыворотки; через 5—7 часов эту дозу повторяют, а потом ежедневно вводят по 15 000 АЕ. При локализации данной формы в области груди, ягодиц, верхней и средней трети бедра и

плеча первичное и вторичное (через 5—7 часов) введение сыворотки увеличивают до 50 000 АЕ, а последующие ежедневные инъекции — до 25 000 АЕ.

в) Опыт показывает, что в ряде случаев после ампутации конечности по поводу газовой инфекции в пределах видимо здоровых тканей через некоторое время на культе возникает рецидив. Поэтому в послеоперационном периоде необходимо провести курс внутривенной серотерапии. Вначале надо ввести 50 000 АЕ, повторить эту дозу через 5—7 часов, затем ежедневно вводить по 25 000 АЕ.

г) При локализации гангренозного процесса в области груди, ягодиц, верхней и средней трети бедра и плеча доза сыворотки должна быть соответственно не менее 100 000 и 50 000 АЕ. В общем купирование местных и общих признаков осложнения у нас наступало (как видно из табл. 2) после трех-пятидневного курса внутривенной серотерапии.

Таблица 2

Форма, фаза и локализация осложнения	Доза сыворотки, вводимой в вену, в АЕ		
	первая инъекция	вторая инъекция через 5—7 час.	последующая ежедн. инъекция
I фаза (анаэробная флегмона)	15 000	15 000	10 000
I фаза (при локализации на груди, ягодицах, в верхней и средней трети бедра и плеча)	25 000	25 000	15 000
II фаза (газовая флегмона)	25 000	25 000	15 000
II фаза (при локализации на груди, ягодицах, в верхней и средней трети бедра и плеча)	50 000	50 000	25 000
III фаза (гангрена конечности после ампутации)	50 000	50 000	25 000
III фаза (при локализации на груди, ягодицах, в верхней и средней трети бедра и плеча)	100 000	100 000	50 000

В заключение следует сказать, что залог успеха кроется отнюдь не в применении огромного количества сыворотки. Суть сывороточного лечения заключается в определенной системе его применения. Большое значение имеет сывороточное лечение в сочетании с многократными переливаниями крови. Благодаря этому уменьшается отрицательное свойство сыворотки и предупреждается возникновение анафилактического шока.

Мы применяли кровь обычно в дозах 250—500 см³ непосредственно перед введением сыворотки ежедневно или через день, 3—5 раз каждому больному. Переливание крови в малых дозах и однократно не дает эффекта, ибо «газовые» больные обычно сильно обескровлены вследствие кровопотери при ранении и в результате сильной анемизации от самого анаэробного процесса. Переливаемая кровь при газовой инфекции как нигде проявляет не только субституирующее и стимулирующее, но и дезинтоксикационно-иммунобиологическое действие.

Следует еще раз отметить, что применение сыворотки при газовой инфекции пока остается лишь подспорьем. Основным в профилактике и лечении остается хирургическое вмешательство.

Осложнения после внутривенного введения сыворотки наблюдались нередко. В возникновении их имеют, повидимому, большое значение индивидуальные особенности организма, причем в одних случаях при повторных введениях сыворотки наблюдалось привыкание к ней, а в других, наоборот, повышение чувствительности. Самой легкой формой осложнения является озноб. Он появляется в 80—90% случаев внутривенных введений сыворотки. Сывороточная болезнь отмечена в 45 случаях. Наш материал позволяет различать две формы сывороточной болезни: кожную и суставную. Типичный анафилактический шок наблюдался два раза; в одном случае исход был летальным, несмотря на все меры профи-

лактики шока и борьбы с ним. Указанный случай вызвал естественную боязнь вводить сыворотку внутривенно, и в связи с этим мы не во всех случаях прибегали к этому способу введения. С сентября 1943 г. мы в случаях осложнения ран газовой инфекцией, явно угрожающей жизни раненого, после операции вводили сыворотку внутривенно до некоторого купирования процесса, а затем — внутримышечно до ликвидации осложнения; в тех случаях, когда осложнение проявлялось не тяжело, локализовалось на периферии, мы гораздо охотнее применяли сыворотку внутримышечно. Иногда в так называемых безнадежных случаях мы вводили сыворотку только внутривенно и в больших дозах, получая при этом хороший лечебный эффект.

Франц уподобляет больных с газовой инфекцией больным с артериальным кровотечением. И тем, и другим нужна срочная хирургическая помощь; исход будет определяться тем, насколько быстро она будет оказана. Опыт показал, что только при условии выделения в госпитале так называемого «газового блока» со специально обученным персоналом, при условии мобилизации внимания на газовую инфекцию всего медицинского персонала госпиталя лечение этой категории больных будет на должной высоте. Большое значение имеют квалифицированные перевязочные сестры, на которых можно переложить значительную часть работы и тем самым своевременно провести все необходимые лечебные манипуляции.

Из всех раненых с осложнением газовой инфекцией за отчетный период часть лечилась внутривенными инъекциями противогангренозной сыворотки в сочетании с многократными переливаниями крови, другая часть лечилась «обычным» способом — сыворотка вводилась под кожу и внутримышечно. Результаты обоих видов лечения представлены в табл. 3.

Таблица 3

Метод лечения	Умерло %	Ампутировано %
Лечение обычным способом	51,0	54,6
Лечение внутривенным введением сыворотки	14,1	33,3
Итого . . .	43,8	49,1

Таким образом, благодаря лечению газовой инфекции в послеоперационном периоде внутривенными введениями противогангренозной сыворотки в сочетании с переливаниями крови, смертность снизилась до 14,1%. Одновременно снизилось и количество ампутаций до 33,3%.

Выводы

1. Осложнения ран газовой инфекцией наблюдались нами в 2,2% случаев.

2. Успех борьбы с газовой инфекцией зависит от ранней диагностики и раннего оперативного вмешательства.

3. Лечение газовой инфекции в послеоперационном периоде по обычному методу (введение противогангренозной сыворотки под кожу, внутримышечно в малых дозах и пр.) приносит мало пользы. Смертность при нем достигала у нас 54%.

4. Послеоперационное лечение газовой инфекции внутривенными введениями противогангренозной сыворотки в сочетании с многократным переливанием крови снижало смертность у нас до 14,1% и количество ампутаций до 33,3%.

5. Успех сывороточного лечения зависит не столько от количества введенной сыворотки, сколько от строгой и определенной системы применения ее в зависимости от фазы, формы и локализации осложнения и общего состояния организма.

6. Методы профилактики и лечения анафилактического шока в настоящее время несовершенны. Пока эта проблема не разрешена, нельзя рекомендовать введение противогангренозной сыворотки во всех случаях только внутривенно и в больших дозах.

7. Внутривенная противогангренозная серотерапия не является панацеей. Она лишь решающее терапевтическое подспорье в сочетании с правильным и своевременным хирургическим вмешательством и хорошим гигиеническим уходом и питанием.

8. Для подтверждения эффективности применявшегося нами метода требуются дальнейшие наблюдения.

★

Майор медслужбы д-р мед. наук Х. Д. ГАДЖИЕВ

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА

Травматический шок является настолько серьезным осложнением огнестрельных ранений, что не будет преувеличением сказать, что основной причиной всех смертных случаев в войсковом районе является шок.

Поэтому обобщение опыта профилактики и лечения шока приобретает исключительно важное значение, ибо каждая боевая операция расширяет кругозор военно-полевого хирурга, обогащая его знания.

Патогенез шока многогранен, теорий, объясняющих механизм возникновения его, предложено много. Хотелось бы подчеркнуть, что в механизме возникновения шока особенно важную роль играет болевой фактор.

Совершенно неизбежным следствием военнотравматического повреждения является возникновение болевого синдрома с передачей патологических болевых импульсов в центральную нервную систему.

По исследованиям школы акад. Бурденко, влияние болевого фактора на центральную нервную систему и через нее на общее состояние организма исключительно велико. Работами этой школы доказано, что в результате влияния болевого возбуждения на центральную нервную систему оттекающая от мозга кровь содержит вещество типа ацетилхолина, способное снижать кровяное давление и тем самым способствовать возникновению одного из кардинальных симптомов шока — расстройства гемодинамики.

Первичный шок, развивающийся немедленно после травмы, встречается исключительно редко.

Врачи полевой медицинской службы в огромном большинстве случаев имеют дело с так называемым вторичным шоком, т. е. шоком, для развития которого требуется 3—4 и больше часов.

Значит, в организации раннего выноса и своевременном доставлении раненых на ПМП состоит одна из важнейших задач профилактики развития шока. Вторым не менее важным фактором профилактики шока является ранняя, хотя бы примитивная иммобилизация.

Говоря о терапии шока, Н. Н. Бурденко заключает: «Каузальной терапии этого состояния нет».

Если в вопросах лечения уже развившегося шока современная медицина не располагает «каузальной терапией», то совершенно определенно вырисовываются контуры каузальной профилактики.

Эта профилактика должна строиться в направлении ликвидации болей, следовательно, ликвидации поступления патологического болевого импульса в центральную нервную систему. Значит, задача заключается в перерыве рефлекторной дуги.

Наркотические вещества и содержащие их противошоковые жидкости оказывают воздействие только на кору головного мозга, притупляя ее восприимчивость к болевым ощущениям, но отнюдь не обладают свойством прерывать рефлекторную дугу и тем разобщать периферию — источник болевого раздражения — с центром, где формируется ответная реакция.

Из многочисленных наблюдений изменения кровяного давления при производстве ампутации мы убедились, что, несмотря на состояние глубокого наркотического сна, в момент рассечения крупных нервных стволов происходит мгновенное падение кровяного давления, нередко приобретающее катастрофический характер со свойственным тяжелому шоку внешним видом раненых, характером их пульса и т. д. Следовательно, наркотиками не разрешается проблема профилактики шока, и, стало быть, они не могут быть применяемы с этой целью в передовом этапе войскового района. Единственный надежный путь прервать рефлекторную дугу—воздействовать на периферию. Средством, способным выполнить подобное требование, является анестезия крупных нервных стволов и всевозможные виды новокаиновой блокады.

Полковые врачи на базе МСБ своих соединений на трупах были обучены производству блокад. Они и средний медицинский состав также обучались технике переливания крови и кровозамещающих растворов.

В целях максимального охвата массовыми профилактическими противошоковыми мероприятиями было предъявлено требование проводить на ПМП строго обязательную блокаду седалищного и бедренного нервов при всех случаях отрывов конечностей, тяжелых повреждениях голеностопного сустава, огнестрельных переломах костей голени, проникающих ранениях коленного сустава. Впоследствии при огнестрельных переломах бедра по совету генерал-майора медицинской службы проф. Левита в месте перелома производили впрыскивание 2% раствора новокаина со стороны здоровой кожи. Дальнейшим шагом в предупреждении шока при огнестрельных переломах бедра явилось применение совкаина, полученного от проф. Юдина. Раствор совкаина с новокаином (1% совкаина 20 см³, 2% новокаина 20 см³) был нами ампулирован и передан ПМП для обезболивания места перелома. Анестезирующий эффект раствора оказался чрезвычайно хорошим, преимущество было в длительности действия (3—5 часов, а иногда и больше). При отрывах кисти, предплечья, переломах костей последнего, разрушениях локтевого сустава и переломах плеча производилась футлярная блокада, при проникающих ранениях в грудь, независимо от формы пневмоторакса, накладывалась ваго-симпатическая блокада по Вишневскому.

Всем этим новокаиновым блокадам предшествовало внутривенное вливание 10 см³ концентрированного противошокового раствора № 6 проф. Попова. Этот раствор, по единодушному мнению полковых врачей, оказывает исключительно благотворное влияние; благодаря содержанию морфина боль заметно притупляется, а снотворное в сочетании с алкоголем вызывает спокойный сон. В ряде случаев сон наступал немедленно, а в других случаях — через 5—15 минут после введения раствора, и продолжался 2—3 часа, а иногда и дольше. Врачи ПМП обычно производили блокаду нервов, пользуясь сонливым состоянием раненых.

Нами были произведены исследования в следующих направлениях:

1. Было подвергнуто исследованию 100 человек на ПМП с тяжелыми огнестрельными повреждениями (перелом бедра, костей голени, плеча, отрывы конечностей, проникающие ранения груди и живота), причем измерялось кровяное давление, сосчитывался пульс и дыхание, отмечалось внешнее состояние (покровы, вид) и самочувствие раненых. Эти исследования производились до новокаиновых блокад. Тяжелый шок с кровяным давлением ниже 75 мм ртутного столба зарегистрирован в 3 случаях: отрыва голени (2) и открытого пневмоторакса (1). Шок II степени отмечен в 5 случаях: отрыва стопы (1), огнестрельного перелома бедра (2), открытого пневмоторакса (1), проникающего ранения живота (1). Шок I степени — в 19 случаях: отрыва голени (3), отрыва стопы (1), огнестрельного перелома голени (5), огнестрельного перелома бедра (4), проникающего ранения груди с открытым пневмотораксом (2), без открытого пневмоторакса (1) и проникающего ранения живота (3). Эти же 100 раненых были подвергнуты повторному исследованию в МСБ, причем перед эвакуацией их из ПМП всем была сделана инъекция морфина, тщательно проверены иммобилизационные шины, всем (разумеется, кроме раненных в живот) внутрь дана водка. Исследование, произведенное в МСБ, показало, что шок III степени развился в 14 случаях [отрыв нижней конечности (5), огнестрельный перелом бедра (2), проникающее ранение груди (4) (из них 3 случая с открытым пневмотораксом) проникающее ранение живота (2), огнестрельный перелом костей голени (1)]. Шок II степени развился в 14 случаях [огнестрельный перелом бедра (5), проникающее ранение живота (4), огнестрельный перелом костей голени (2), проникающее ранение

в грудь (2) и огнестрельный перелом плеча (1)]. Шок I степени установлен у 22 раненых [огнестрельный перелом бедра (6), повреждение костей таза (4), проникающее ранение груди (4), проникающее ранение живота (3), перелом плеча (2), перелом костей голени (2), ранение тазобедренного сустава (1)].

Из приведенных данных можно заключить, что обычные мероприятия никакими свойствами предупреждать развитие шока или предотвращать углубление уже развившегося шока практически не в силах.

Другие исследования были направлены на изучение эффективности внутривенных вливаний концентрированного противошокового раствора Попова для предупреждения развития шока. С этой целью на одном ПМП 75 раненым с тяжелыми и средней степени ранениями были произведены соответствующие исследования и полученные результаты зафиксированы. Повторное исследование было произведено в МСБ. Перед эвакуацией из ПМП всем 75 раненым внутривенно было введено 10 см³ концентрированного противошокового раствора.

В результате исследований было установлено, что при применении этого раствора развитие всех степеней шока было почти на 30% меньше, чем при применении обычных средств.

Из этих наблюдений вытекает, что концентрированный противошоковый раствор Попова, несомненно, более эффективен и в известной мере предотвращает развитие глубокого шока, но не способен предупредить развитие его.

Исследования третьего рода имели целью изучение влияния новокаиновых блокад на предупреждение развития шока и предотвращение развития глубокого шока. Мы подвергли исследованию 75 человек с тяжелыми повреждениями нижних и верхних конечностей и 15 человек с проникающими ранениями груди. Исследование производилось в том же разрезе, как в предыдущих опытах, причем оказалось, что почти в 80% кровяное давление с момента проведения новокаиновых блокад и до прибытия раненых в МСБ оставалось стабильным и только в 20% падало в пределах 75—90 мм ртутного столба.

Могущественные свойства новокаиновых блокад в отношении профилактики шока были доказаны с неоспоримостью; также был доказано, что это мероприятие предотвращает развитие глубокого шока.

Наконец, последняя серия наших исследований была направлена на изучение эффективности новокаиновых блокад в сочетании с внутривенным вливанием концентрированного противошокового раствора Попова № 6. Результаты исследований оказались еще более поразительными. Стабилизация кровяного давления наступала в 86%.

Таким образом, в этом комбинированном способе мы усматриваем известные преимущества для профилактики травматического шока.

О колоссальном объеме массовых профилактических противошоковых мероприятий, проводимых на ПМП, могут дать представление следующие данные.

За летнюю операцию ваго-симпатическая блокада при проникающих ранениях груди произведена в 93,2% по отношению к нуждающимся в новокаинизации нервных стволов, футлярная блокада при огнестрельных переломах длинных трубчатых костей и прочих тяжелых повреждениях конечностей—в 86,6%, внутривенное вливание концентрированного противошокового раствора Попова — в 82,4% всех тяжелых и средней тяжести ранений.

За операцию на плацдарме ваго-симпатическая блокада произведена в 98,2%, новокаиновая блокада — в 92,4%, внутривенное вливание концентрированного противошокового раствора Попова — в 90,4% случаев. Никаких осложнений при этих массовых манипуляциях, производимых буквально во всех полках, ни МСБ, ни госпиталями не зарегистрировано.

Работа развернута нами не только в плоскости проведения профилактических мероприятий, но и в плоскости ранней организации лечебных мероприятий при уже развившемся шоке. Совершенно иные результаты получаются при лечении шока в начале развития его, чем в сравнительно позднем периоде, когда успевают наступить грубые морфологические и функциональные изменения важнейших органов (центральная нервная система, печень, капилляры и пр.).

Должен отметить, что новокаиновая блокада и внутривенное вливание концентрированного противошокового раствора дополняются при лечении шока переливанием крови или вливанием противошоковых или кровозамещающих растворов.

За летнюю операцию переливание крови и кровозаменителей производились в 5,1% по отношению ко всем раненым. За операцию на плацдарме переливание крови и кровозаменителей производилось в 6,7%.

На большом материале мы убедились, что проведение такого комплекса мероприятий благотворно влияет на состояние раненых.

Положение Лепукалн и Бубнова: «Важно не что вливать, а как вливать» мы считаем односторонним и дополняем следующим: «Важно не что вливать, а когда вливать». Кто видел раненых в состоянии трудно обратимых форм шока, тот с нашим положением согласится, так как трудно обратимые формы шока возникают именно из-за позднего проведения противошоковых мероприятий. Применение самых героических мер подчас оказывается бессильным из-за того, что упущено время. Об исключительно важном значении комплекса профилактических и лечебных противошоковых мероприятий, проводимых на полковых пунктах, убедительно говорит следующий факт: в полку, где старшим врачом капитан медицинской службы Сатниченко, наши мероприятия проводились в полном объеме; по данным МСБ этого соединения смертность от шока среди раненых полка была равна 10,9%, в полку же, где старшим врачом был майор медицинской службы Алиев, который некоторое время не проводил требуемых мероприятий в полном объеме, смертность от шока среди раненых полка была равна 32,4%.

При всех МСБ функционируют соответствующим образом оборудованные шоковые палаты, причем вся работа проводится шоковой бригадой во главе с ординатором госпитального взвода из двух сестер и двух санитаров, обычно выделяемых из состава команды легко раненых (КЛР). Большинство МСБ оснащено двумя аппаратами Рива-Роччи, остальные — одним.

По заведенному в нашей армии порядку выявление раненых, находящихся в состоянии шока, производится в приемно-сортировочных отделениях, для чего шоковые бригады переключаются работать в последних. Для максимального выявления раненых в шоке какой-либо степени исследуется кровяное давление у всех раненых с ранениями шокогенных зон, сосчитывается пульс и дыхание, отмечаются все прочие проявления шока и все это заносится в шоковый журнал; данные о кровяном давлении, пульсе и дыханий записываются на карточку передового района с указанием даты. Затем раненые направляются в соответствующие подразделения. Раненые со жгутами, открытым пневмотораксом, с подозрением на ранение паренхиматозных органов при проникающих ранениях в живот направляются непосредственно в операционную и перевязочную, и таким образом оперативная помощь им оказывается одновременно с выведением из состояния шока.

Огромное большинство раненых с огнестрельными переломами бедра с анестезией места перелома поступают в МСБ во вполне удовлетворительном состоянии, что позволяет оперировать их в первую очередь.

Частота шока на нашем материале определяется в 8—9%. Такой сравнительно высокий процент шока объясняется тремя основными причинами.

1. Значительным нарастанием тяжелых и средней тяжести ранений.
2. Чрезвычайным улучшением выноса раненых с поля боя.
3. Упорядочением вопроса диагностики шока (измерение кровяного давления, счет пульса и дыхания и т. д.).

Шок I степени наблюдался в 24%, шок II степени — в 57% и шок III степени — в 19%. Как видно из этих данных, в наибольшем проценте случаев наблюдался шок II степени.

При чисто травматическом шоке, наряду с общепринятыми мероприятиями, внутривенно переливается 500—600 см³ противошоковой жидкости, чаще всего Попова; достигнутый успех закрепляется переливанием 500 см³ консервированной крови. Так выводятся раненые из состояния шока II и III степени. При шоке I степени вполне достаточным оказывается вливание только противошоковой жидкости. При шоке, отягощенном кровопотерей, мы с самого начала переливаем массивные дозы крови — 750—1 000 см³ и больше.

При торпидном шоке с кровяным давлением ниже 70 мм ртутного столба приходится переливать кровь повторно. Надо заметить, что борьба с трудно обратимыми формами шока представляет исключительно большие затруднения.

Шок с кровяным давлением ниже 70 мм у нас зарегистрирован в 28%. Большие надежды мы возлагали на субокципитальные пункции в сочетании с переливанием крови. Этот метод у нас применен всего в 34 случаях; из них только в 4 случаях получен разительный эффект: эти раненые благополучно перенесли оперативное вмешательство с последующей эвакуацией в армейский тыл. В 4 случаях эффект оказался нестойким: после быстрого подъема кровяного давления последовало столь же быстрое падение его, так что не представилось возмож-

ным даже перелить кровь; повторная пункция успехом не увенчалась, и раненые скончались. Во всех остальных случаях повторные субокципитальные пункции эффекта не дали, безрезультатными оказались также переливания больших доз крови.

Более эффективным, чем жидкость Штерн, оказался эфедрин, вводившийся также путем субокципитальной пункции.

Субокципитально эфедрин применен всего в 12 казавшихся безнадежными случаях тяжелейшего шока с почти неопределяемым кровяным давлением. Он применялся в 0,1% растворе в количестве 2—3 см³; кровяное давление тотчас начинало повышаться до 70—75 мм ртутного столба. Пользуясь этим, мы переливали 750—1 000 см³ консервированной крови. В 3 случаях из 12 получен стойкий эффект; раненые оперированы и благополучно эвакуированы в армейские госпитали. Шок при низком кровяном давлении настолько грозен и сопровождается столь высоким процентом смертности, что для борьбы с ним должно быть использовано все, чем располагает современная хирургия. В этом отношении особенно заслуживает внимания внутриартериальное переливание крови. В лечебных учреждениях нашей системы накопились наблюдения над применением этого метода в 75 случаях. Метод этот применялся в исключительно тяжелых случаях травматического шока и острых кровопотерь. Из 75 человек, буквально обреченных на смерть, с почти неопределимым кровяным давлением и пульсом, возвращено к жизни 20 человек (данные МСБ, где ведущими хирургами тт. Тачмурадов, Гулякин, Андриенко), причем эффект рельефнее выступает при острых кровопотерях. Мы вводили кровь в количестве 1 000—1 500 см³.

Исключительно важен вопрос профилактики операционного и послеоперационного шока.

При ушивании пневмоторакса должно быть обязательным наложение ваго-симпатических блокад и анестезия паравертебральных нервов. Анализ смертности после ушивания пневмоторакса показал, что свыше 65% всех раненых умирает в течение первых 48 часов послеоперационного периода. Нетрудно догадаться, что причиной смерти является плевропульмональный шок, поэтому борьба с последним должна являться главной заботой. Это мероприятие нами осуществляется путем систематических ваго-симпатических блокад. Эти раненые в госпитальной палате получают ежедневно ваго-симпатическую блокаду по 4—5 раз в день в течение 2 дней. С введением этого метода смерть от послеоперационного плевропульмонального шока стала сравнительной редкостью, тогда как ранее наступала у нас почти в 18%.

Анализ смертности при травматических ампутациях и ампутациях, проводимых по иным причинам, показал, что из числа умерших 22% умирали на операционном столе или в ближайшие часы после операции, не выходя из состояния тяжелейшего шока. 75% раненых оперированы под общим эфирным наркозом и 25% — под местным обезболиванием. Специальные исследования показали, что в момент перерезки нервов во время ампутации происходит резкое падение кровяного давления, нередко катастрофическое. В этом причина смерти этих раненых на операционном столе и в ближайшие часы после ампутации.

Акад. Бурденко в одном из своих докладов говорил: «Для предупреждения шока анестезировать главные нервные стволы (дело идет о конечностях) даже в том случае, если операция делалась под наркозом». Это требование мы считаем чрезвычайно справедливым и настойчиво проводили в жизнь как в МСБ, так и в госпиталях. Специальным указанием было категорически запрещено производить ампутации конечностей без предварительной анестезии крупных нервов. В результате этого мероприятия смерть от шока при ампутациях стала также чрезвычайно редким явлением.

В случаях ослабления или исчезновения силы действия впрыснутого на ПМП в место перелома анестезирующего раствора при огнестрельных переломах бедра это же мероприятие в МСБ на операционном столе производится повторно, даже в том случае, если оперативная обработка производится под общим наркозом.

Проводимый комплекс профилактических и лечебных противошоковых мероприятий не мог не отразиться на основном показателе, отражающем на армейском материале эффективность труда коллектива медицинской службы нашей армии.

В летнюю операцию 1943 г. смертность от шока составляла 27,5%, в зимнюю операцию 1944 г. — 32,4%, в летнюю операцию 1944 г. — 14,1% и в операцию на плацдарме — 11%.

По данным проф. Банайтиса, смертность при шоке колеблется от 28,9 до

36,3% (по МСБ). При охвате переливанием крови 65—70% раненых, находящихся в состоянии шока, смертность равна 35%; при 100% охвате трансфузией крови раненых в шоке смертность их составляет только 28% (Любарский).

Сопоставление наших данных с данными приведенных авторов в каких-либо комментариях не нуждается и дает основание считать, что ключ к снижению смертности при шоке найден: проведение энергичных противошоковых профилактических и лечебных мероприятий на ПМП.

Выводы

1. Вынос раненых с поля боя и ранняя доставка их на этапы санитарной эвакуации являются одним из важнейших факторов в системе проведения профилактических противошоковых мероприятий.

2. Иммобилизация огнестрельных переломов на ротном участке хотя бы примитивными средствами должна быть строго обязательной.

3. Все виды транспортных шин должны применяться, начиная с БМП.

4. Комплексные массовые профилактические противошоковые мероприятия, как-то: новокаиновая блокада, анестезия крупных нервных стволов, впрыскивание новокаина в место перелома, внутривенное вливание 10 см³ концентрированного противошокового раствора, должны проводиться на ПМП в полном объеме.

5. Для наибольшего охвата раненых противошоковыми мероприятиями полковые врачи должны быть должным образом проинструктированы о ранениях шокогенных зон.

6. На ПМП должно быть организовано раннее лечение уже развившегося шока.

7. Существование шоковых бригад и шоковых палат жизненно оправдано.

8. Массовое выявление шока в МСБ должно проводиться в приемно-сортировочных отделениях.

9. В тяжелых случаях торпидного шока с кровяным давлением ниже 70 мм ртутного столба необходимо применять весь арсенал средств, в том числе капельное переливание крови, субокципитальную пункцию по акад. Штерн и внутриартериальное переливание крови, кровозаменители и противошоковые растворы.

10. Систематическая ваго-симпатическая блокада после ушивания пневмоторакса должна являться составной частью послеоперационного ведения этих раненых.

11. Впрыскивание в ствол крупных нервов новокаина перед перерезкой нервов при ампутации должно стать законом.

12. При энергичном проведении комплекса профилактических и лечебных противошоковых мероприятий смертность от шока может быть снижена в 2—3 раза.

★

Майор медслужбы канд. мед. наук М. А. УМАНСКИЙ

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПО МАТЕРИАЛАМ ПЭП (РЕФЕРАТ)

На основании анализа большого материала (пятизначная цифра) видно, что болезни сердечно-сосудистой системы занимают третье место (11,6%) среди заболеваний внутренних органов. На первом месте стоят заболевания органов дыхания (36%), на втором — пищеварения (30,9%). Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы преобладают миокардиодистрофии (44,1%) и клапанные пороки (22,5%), главным образом недостаточность двустворчатого клапана (20,8%). Из общего числа сердечных заболеваний на долю органических поражений приходится 72,1%. Миокардиодистрофией страдают главным образом люди в возрасте 40—50 лет, работающие в нестроевых частях. Расстройство компенсации у них наступало обычно после большой физической нагрузки (рытье траншей, строительные работы, большие переходы).

У лиц более молодого возраста после марша отмечались одышка, чувство усталости, незначительная отечность голеней, иногда расширение границы сердца влево, тахикардия, нечистый первый тон на верхушке. После 2—3-дневного отдыха все эти явления проходили.

Больные с выраженной кардиопульмональной недостаточностью (увеличенная печень, отечность ног) нуждались в длительном госпитальном лечении, эвакуации в тыл. Последних было больше. Миокардитов и кардиосклерозов отмечено незначительное количество (2,5%). Последних, конечно, было фактически больше, так как часть из них вошла в группу миокардиодистрофий. Функциональная недостаточность сердечно-сосудистой системы отмечена в 8,8%. Среди сердечно-сосудистых больных обнаружено 1,5% с гипертонической болезнью, главным образом в пресклеротической стадии.

★

Санинструктор Е. Н. ИГНАТЬЕВ

Обраб. пож. медслужбы Головановского

САНОБЕСПЕЧЕНИЕ СТРЕЛКОВОГО БАТАЛЬОНА В НАСТУПЛЕНИИ В ЛЕСИСТО-БОЛОТИСТОЙ МЕСТНОСТИ КАРЕЛИИ

Наш батальон стоял в обороне в лесисто-болотистой местности с небольшими озерами и перешейками между ними в 300—400 м ширины. Эти перешейки и просеки в лесу были нанесены на карту, хорошо известны противнику и им обстреливались. БМП располагался в 2 км от боевых порядков и в 150 м от КП командира батальона в двух блиндажах с накатами. Один блиндаж предназначался для оказания помощи раненым и ожидания ими сантранспорта, а второй—для личного состава санвзвода. Я работал санинструктором санвзвода батальона.

Однажды командир батальона сообщил командирам всех подразделений, что батальону поставлена задача через 2 дня начать наступление на узком перешейке между озерами и болотами и овладеть высотой, которая контролирует окрестные дороги, и дал указания о подготовке к наступлению.

Командиру санвзвода комбат приказал: 1) произвести медицинский осмотр бойцов и больных отправить на ПМП; 2) помыть людей в бане со сменой белья, для чего использовать имеющиеся в ротах и возле КП батальона бани; 3) БМП на исходном положении для наступления развернуть в районе 3-го взвода 7-й роты, откуда батальон начнет наступать; 4) эвакуировать раненых по просеке, которая идет от фронта в район 3-го взвода 7-й роты, где будет размещен БМП; произвести разведку всего этого района для уточнения размещения БМП и путей выноса и вывоза раненых; остальные указания получить от старшего врача полка. Командир санвзвода тут же после совещания сказал командирам стрелковых рот, чтобы они выслали к нему на БМП командиров санитарных отделений рот.

Старший врач дал следующие указания:

1. По докладу командира полка в помощь командиру санвзвода 2-го действующего батальона выделяются для выноса раненых 20 человек из музыкантского взвода. Командовать ими будет санитарный инструктор сакроты полка. Кроме того, для работы на БМП вызываются санинструктор и 2 санитара из 3-го батальона.

2. БМП развернуть в районе 3-го взвода 7-й роты. Место развертывания БМП уточнить. Так как землянок там нет, необходимо для БМП устроить шалаш с костром.

3. ПМП переходит сюда, займет два блиндажа БМП, блиндаж хозяйственного взвода и блиндаж связных комбата. Под перевязочную развернуть палатку.

4. На место стоянки ПМП перейти отделению МСБ в составе 2 хирургов и 4 медицинских сестер. Они займут 6 блиндажей ПМП и полковую баню, в которой можно разместить до 30 раненых.

5. Порядок эвакуации устанавливался следующий:

а) ротным санитарам выносить раненых с поля боя до перекрестка просеки на расстояние 200 м;

б) на перекрестке просеки установить пост носильщиков, присланных из музыкантского взвода. Начальником поста будет санинструктор санроты. Носильщикам выносить раненых до БМП;

в) от БМП до ПМП эвакуировать раненых на выделяемых к БМП двух двуколках и четырех парных передках санповозок (лесисто-болотистая местность была непроходима для другого вида транспорта);

г) с ПМП до отделения МСБ эвакуация раненых будет производиться на машинах;

д) путь выноса и вывоза раненых до БМП разведать командиру санвзвода батальона, а путь эвакуации с БМП до ПМП санроте полка; результаты разведки прислать к исходу дня;

е) необходимо немедленно выслать лошадь на ПМП для получения перевязочного материала и 4 носилок.

Командир санвзвода со мной и санинструктором, выделенным из санроты полка, пошел на разведку местности.

Итти можно было во весь рост, так как нас прикрывал от противника лес и искусственно сделанный завал. Во время разведки было выяснено, где можно ожидать больше всего раненых и что указанное старшим врачом место (перекрест просек) для поста носильщиков будет обстреливаться противником, а обойти его невозможно, так как местность справа была заболочена, слева же минирована. Место для БМП мы выбрали на обратном скате высоты в 20 м от озера, чтобы рвущиеся в озере снаряды не поражали осколками.

Место расположения поста носильщиков было изменено и перенесено на соседнюю просеку. Утром началось наступление. Роты прошли завал, преодолели минное поле, проволочные заграждения по сделанным саперами проходам и заняли первую линию окопов противника без особого сопротивления с его стороны, так как наступление было для противника неожиданным.

Но затем противник открыл сильный пулеметный и минометный огонь по занятым нами окопам и лесу. Появились раненые. Эвакуация раненых осуществлялась в основном по намеченному плану.

Во время боя был обнаружен ряд недостатков в организации санитарной службы. Пост носильщиков, расположенный на просеке, был сильно обстрелян; имелись вторичные поражения раненых. Пришлось срочно перенести его в сторону от просеки в глубину леса. Для перехвата легко раненых и носильщиков с тяжело ранеными, которые следовали по лесу, выставлено было два маяка из музыкантского взвода; они направляли легко раненых на БМП, а носилочные звенья на перемещенный вглубь леса пост.

Так как выносить было сравнительно далеко и по вязкому грунту в лесу, то пришлось давать четырех носильщиков для выноса одного тяжело раненого. Носильщики несли во весь рост (лес укрывал) на носилках, плащ-палатках и жердях. Раненых было довольно много, и для выноса раненых пришлось привлечь саперов, освободившихся после того, как они сделали проходы. У многих раненных осколками имелось кровотечение и большое повреждение тканей, почему приходилось часто прибегать к жгутам и использовать вместо индивидуальных пакетов с небольшими подушечками малые и большие повязки.

На пути к БМП имелась небольшая возвышенность, которую объехать было невозможно (справа и слева были болота). Я заметил, что противник бьет из шестиствольного миномета и так как, повидимому, после определенного количества выстрелов ствол сильно накаливался, стрельба прекращалась на 6—7 минут. Я использовал этот промежуток и каждый раз в это время пропускал через возвышенность носилочные звенья.

Санитарная разведка пути эвакуации с ПМП на МСБ была проведена недостаточно тщательно. Настил на вязком грунте дороги оказался слабым, и первые машины с тяжело ранеными застряли. Эвакуация была задержана на несколько часов. В остальном санслужба работала четко. Все раненые были эвакуированы, и им была оказана необходимая медицинская помощь.

Выводы

1. Только тщательная оперативная работа санитарной службы полка, в том числе командиров санитарных взводов батальонов, перед боем может обеспечить полноту санитарного обеспечения полка (батальона) в бою.

2. Санитарно-тактическая разведка является важнейшим звеном в подготовительной работе санитарного взвода батальона.

3. Расположение носилочных звеньев, ПСТ, БМП на просматриваемых противником просеках в лесу недопустимо, так как просеки часто обстреливаются противником.

4. Для организации быстрого выноса раненых в бою необходимо использовать возникающие по разным причинам огневые паузы противника.

★

ХОЛОДНАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ РЕЗИНОВЫХ ПЕРЧАТОК МОНОСЕПТОМ

Верного способа сделать руки стерильными до сих пор не существует, и только надежно стерилизованные перчатки могут снять опасность нагноения от инфекции руками хирурга. Кипячение перчаток или стерилизация в автоклаве губительно действует на резину, в значительной степени нарушает эластичность и прочность; перчатки теряют первоначальный размер, делаются больше, становятся не по руке, что способствует более легкому травмированию их во время операции и инфицированию раны перчаточным соком. Поэтому в последнее время все чаще поднимается вопрос о холодной антисептической обработке перчаток. Способов холодной стерилизации перчаток много.

Стерилизация перчаток должна удовлетворять следующим требованиям: 1) надежность стерилизации; 2) безвредность для рук; 3) полная сохранность прочности резиновых перчаток.

Мы выбрали способ стерилизации перчаток (и рук) моносептом.

Прежде чем приступить к клиническому испытанию указанного препарата, мы изучали его бактерицидное свойство в разведениях 1 : 1 000, 1 : 3 000.

Убедившись на отдельных кусочках резиновой перчатки, зараженных гноем, в надежном бактерицидном действии моносепта, мы поставили ряд опытов с целой резиновой перчаткой. На впервые употребляемые перчатки мы наносили мазки гноя как с внутренней, так и с наружной поверхности. После этого перчатки погружали в банку с моносептом в разведении 1 : 1 000 на 30 минут. Перчатки, обработанные моносептом, во всех случаях оказывались стерильными.

Резина, как указывает Плиссан, не может служить средой для бактериальной флоры. Обработка же перчаток в течение 30 минут в моносепте легко и быстро обеспложивает их. Перчатки после пребывания в моносепте приобретают приятный беловато-желтый оттенок и бархатистость, легко надеваются без талька. Весь операционный день хирург проводит в одних и тех же перчатках, промывая их перед каждой следующей операцией моносептом.

За июль — октябрь у нас было 253 чистых операции. Из них осложнилось нагноением две, что составляет 0,8%. Авторы, применявшие иные антисептические средства для холодной обработки перчаток, имели более высокий процент нагноения: Плиссан — 7,4, Димитрук — 5,4, Лапидус — 4,4.

Обрабатываемые моносептом перчатки дольше служат, что также является преимуществом предлагаемого способа обеззараживания.

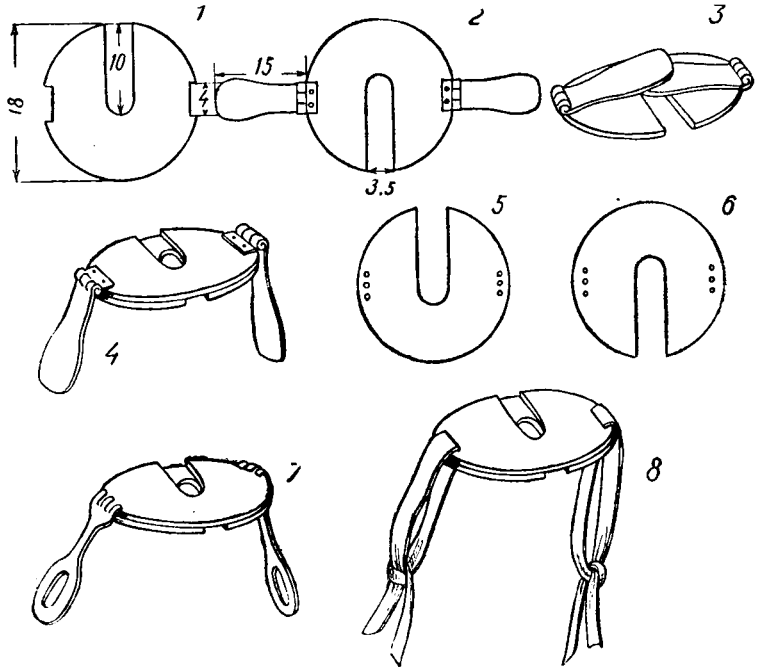
Таким образом, мы пришли к заключению, что этот метод имеет право на применение и, в частности, удобен в полевых условиях напряженной работы.

Майор медицинской службы И. И. Мнацаканов.

РЕТРАКТОР НОВОЙ КОНСТРУКЦИИ

При ампутациях крайне неудобно оттягивать марлевыми салфетками или полотенцем мягкие ткани к корню конечности при перепиливании кости. Имеющиеся для этой цели металлические ретракторы громоздки — ручки у них

несъемные и в обычные кипятильники они для стерилизации не помещаются. Кроме того, они отсутствуют в стандартных наборах и в госпиталях обычно их нет. Это побудило нас сконструировать простой металлический ретрактор со складными или съемными ручками, помещающийся в обычном кипятильнике вместе с инструментами и могущий быть изготовленным слесарем в любом госпитале. После испытания нового ретрактора в военно-морских госпиталях он получил высокую оценку от пользовавшихся им хирургов и одобрение флагманского хирурга Черноморского флота проф. Б. А. Петрова.



Ретрактор состоит из двух дисков из листового металла в 0,2—0,3 см толщины и диаметром в 18 см. В каждом диске имеется продолговатая вырезка от окружности по диаметру, заходящая за центр, размером 10×3,5 см. Будучи наложенными друг на друга так, чтобы периферические концы вырезок были направлены в разные стороны, диски образуют сплошной металлический круг с отверстием в центре (рисунок *4*) для помещения кости ампутируемой конечности. Для оттягивания мягких тканей к одному из дисков прикреплены (рисунок *1* и *2*) на шарнирных соединениях типа оконных петель две ручки размерами 15 × 4 см. Диск со сложенными ручками (рисунок *3*) легко укладывается в кипятильник и занимает мало места. В дальнейшем мы отказались от этих ручек, а пользуемся обычными хирургическими крючками с 3—4 зубьями. Зубья вставляются (рисунок *7*) в отверстия, просверленные по окружности диска в двух диаметрально противоположных местах (рисунок *5* и *6*). Можно также в дисках пропилить щели и в них пропустить полосы марлевого бинта для удержания диска (рисунок *8*), диски же можно сделать выпуклыми (вроде часовых стекол). Такой ретрактор весьма удобен в работе: 1) он полностью предохраняет мягкие ткани от попадания под полотно пилы; 2) облегчает фиксирование конечности; 3) удобно стерилизуется; 4) прост в изготовлении.

Майор медицинской службы В. С. Тихонов

★

Подполк. медслужбы проф. Г. М. ПОПОВ

К ИСТОРИИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ В РОССИИ

Наша служба до середины прошлого столетия называлась, как и в других странах, военно-медицинской, но в результате открытия микробов и резко возросшего удельного веса профилактических оздоровительных и противоэпидемических мероприятий в общей деятельности службы впоследствии получила наименование военно-санитарной. Восстановленное в Красной Армии наименование военно-медицинская служба соответствует более широкому понятию медицины, обнимающей лечебное и санитарное дело.

При изучении истории русской военной медицины больше всего привлекают внимание фундаментальные труды Н. И. Пирогова. Однако военно-медицинская служба существовала в русской армии задолго до Пирогова, но сведения о том периоде отрывочны, несистематизированы.

В первой четверти XVII века в Разрядном приказе, этой центральной штатной комиссии времен царя Алексея Михайловича, впервые упоминается должность полкового лекаря. Имеются сведения о спорадических направлениях в войсках придворных докторов из иноземцев: при Иване Грозном — для оказания помощи высшим начальникам и особо отличившимся воинам, при Борисе Годунове — для борьбы с кровавым поносом и др. В статье А. Лебедянской «Первая военно-медицинская школа на Руси» («Ист. журн.», № 3, 1941, стр. 97—101) опубликованы некоторые материалы, относящиеся к середине XVII в.

При подготовке в 1653 г. к войне с Польшей возник вопрос об организации «лечбы ратных людей». Эта задача не обеспечивалась существовавшей уже тогда практикой привлечения в войска знахарей-самоучек и выучеников иностранных «дохтуров» по договорам с последними. Поэтому в конце 1653 г. или в самом начале 1654 г. правительством был издан указ: «в Аптекарский приказ брать в ученье лекарского дела стрельцов и стрелецких детей и иных всяких чинов, не из служилых людей». В первую группу набранных в эту школу вошло 30 человек, фамилии которых известны.

Школа помещалась в Аптекарском приказе в Кремле и возглавлялась начальником приказа боярином Ильей Даниловичем Милославским. Обучением руководили иностранные «дохтура», старшим из которых был Грамон Артман. Преподавание велось на иностранных языках с участием «толмачей». Лекции «дохтуров» переводились на русский язык и вместе с имевшимися переводами латинских, немецких и польских медицинских книг служили основными пособиями. Пользовались также хранившимися в архиве приказа записными докторскими книгами (журналами) и аптекарскими «сказками», т. е. протоколами осмотров больных, историями болезней, рецептами и другими документами.

По московским представлениям того времени различались «дохтур», «лекарь» и «обтекарь». «Дохтур совет свой дает и приказывает, а сам тому неискусен, а лекарь прикладывает и лекарством лечит, а сам не учен, а обтекарь у них обеих посар». В школе «дохтура» читали лекции, а лекари вели практические занятия со студентами.

Теоретическое обучение первой группы студентов продолжалось недолго и начиналось, вероятно, с теоретического знакомства с основами естествознания и медицины. Начавшаяся война с Польшей потребовала привлечения преподавателей школы и учеников к «лечбе» множества «больных и раненых ратных людей». Школа выступила почти в полном составе в мае 1654 г. с главными силами царя в Вязьму, где находилась «главная квартира» (штаб) русской армии. 11 мая им было выдано «доброе сукно» «для вяземской службы». В Вязьме ученики были распределены по полкам группами с иноземными врачами во главе.

«Лекарского дела ученики», таким образом, очень рано перешли к практическому обучению. В марте 1655 г. медицинский отряд из полка Шереметьева был переведен в полк Бутурлина. При этом воеводе был дан «наказ» наблюдать за обучением учеников: «И вы б им велели быть у лекаря у Василия Ульфова, и велели б есте лекарю Василию Ульфову учеников лекарскому делу учить с великим радением и воровства бы (т. е. непослушания) от них никаково не было, а буде они лекаря Василия Ульфова в лекарском деле слушать не учнут, и им за то быть в наказаньи без пощады».

Опыт войны показал, что количество врачей в армии было явно недостаточно, несмотря на призыв в армию врачей и аптекарей в завоеванных городах. Воеводы неоднократно просили о присылке в полки «лекарий» и лекарств. В феврале 1655 г. сам царь поехал в Москву и привез в армию лекарства на 14 подводах, а также новых врачей, цырюльников и учеников, набранных за это время в школу в Москве. Особенно большая потребность в хирургах повела к организации при Аптекарском приказе нового типа школы «костоправного дела». Эта школа считалась по сравнению с первой низшей. Возглавлял эту школу «мастер» — стрелец Петров Первой из приказа Я. П. Соловцова. Обучение в этой школе было главным образом практическое, в боевых условиях. Окончившие эту школу Максимов и Дорофеев в 1665 г. просили зачислить их в «костоправы» в Аптекарский приказ. «Учились де они костоправному делу у костоправа у Первушки Петрова и костоправному делу выучились и в прошлом де в 163-м (1654/55 г.) и в нынешнем в 164-м (1655 г.) году были на государеве службе в полках, Ивашка Максимов у бояр и воевод у князя Якова Куденетовича Черкасского с товарищи, Степка Петров (Дорофеев) у бояр и у воевод у князя Алексея Никитича Трубецкого с товарищи и государевых ратных людей лечили». Этих кандидатов на звание «костоправа» 20 декабря 1655 г. в Аптекарском приказе в присутствии боярина Милославского «свидетельствовали (т. е. экзаменовали) чему горазды». На этом экзамене «костоправ Первушка Петров» подтвердил приведенные выше сведения об учениках и добавил, что они: «пулки вымали и раны лечили и кости ломаны правили, и тому они лекарскому делу научены». Экзаменовавшиеся 28 декабря были зачислены «костоправами» в Аптекарском приказе. В 1656 г. началась новая война со Швецией. Лекарского и костоправного дела ученики в количестве 28 во главе со своими учителями снова были направлены на фронт. Здесь они не только оказывали помощь раненым, но лечили также и больных. Таким образом и клиническая подготовка первых групп учеников первой школы лекарей и костоправов осуществлялась в походно-боевых условиях.

После окончания войны в мае 1658 г. первая группа лекарского дела учеников была признана закончившей четырехлетнее обучение. Часть кончивших была направлена лекарями в стрелецкие полки, а остальные были оставлены для работы в качестве резерва для посылки в «разные полки».

Наряду с обучением в лекарской школе при Аптекарском приказе продолжалась индивидуальная подготовка лекарей иноземными врачами.

В начале XVIII века созданная царем Петром молодая русская армия получила более высокую медицинскую организацию. Помимо полковых и госпитальных лекарей, введена должность дивизионного врача впервые и раньше, чем в других странах. Дивизионный врач того времени заведывал медицинской частью дивизии и лечил больных в дивизионном лазарете, имея помощника штаб-лекаря. Кроме госпиталей, были созданы дивизионные и полковые лазареты. Число их возрастало вместе с ростом вооруженных сил. Аптекарский приказ был переименован в медицинскую канцелярию. Повидимому, лекарская школа при Аптекарском приказе влачила жалкое существование или фактически не существовала, так как о ней ничего не сказано в указе Петра от 25 мая 1706 г. о постройке «гофшпиталя» за Яузой со школой лекарей при нем. Госпиталь и школа были открыты 21 ноября 1707 г. Во главе был поставлен голландский врач Николай Бидлоо, искренне стремившийся создать кадры лекарей из русских людей. Школа эта явилась рассадником «дельных медико-хирургов — полковых и госпитальных лекарей», несмотря на то, что после смерти Бидлоо школу возглавлял его противник де Тейльс, считавший русских неспособными заниматься наукой. Эта школа до 1755 г. содержалась на средства Монастырского приказа, а затем перешла в ведение Военной коллегии. По образцу московской школы были созданы школы лекарей при госпиталях в Петербурге и Кронштадте (1733 г.). В 1786 г. лекарские школы при

госпиталях получили значительно расширенную программу курса и были переименованы в медико-хирургические училища с правом присуждения ученой степени доктора. Такое право медицинскому факультету Московского университета, фактически открытому в 1764 г., было дано лишь в 1791 г. В Петербурге в 1798 г. была открыта Медико-хирургическая академия. Через год, в 1799 г., в Академию было преобразовано Московское медико-хирургическое училище. «Гофшпиталь» за Яузой, деревянные здания которого неоднократно сгорали и восстанавливались, служил клинической базой не только для академии, но до 1805 г. и для медицинского факультета Московского университета. Молодой врач-адъюнкт Е. О. Мухин, будущий профессор и декан медицинского факультета, организовал в этом госпитале палату на 10 коек для преподавания студентам университета. Московская медико-хирургическая академия была в 1804 г. слита с Петербургской, но в 1808 г. была вновь открыта как самостоятельное отделение последней и просуществовала до 1854 г., когда была окончательно закрыта с передачей учебного имущества медицинскому факультету Московского университета. Впоследствии, после Великой Октябрьской социалистической революции, в стенах военного госпиталя за Яузой, ныне Главного госпиталя Красной Армии, в 1921—1924 гг. существовала Высшая медицинская школа, слившаяся затем со II Московским медицинским институтом. Таким образом, в течение почти 240-летнего своего существования Московский военный госпиталь за Яузой неоднократно служил клинической базой подготовки врачей для армии. В течение всего времени своего существования он являлся базой для усовершенствования военных врачей и «питомником», выделявшим в ряды армии большое количество квалифицированных врачей-специалистов и организаторов в периоды военных действий.

Медицинский факультет Московского университета практически начал свое существование с осени 1764 г. Преподавание здесь первоначально носило теоретический характер. Свои клиники университет стал создавать только с 1805 г. Характер преподавания медицинских наук в Московском университете того времени отразил М. Я. Мудров в письме попечителю Московского учебного округа М. Н. Муравьеву: «...Г. проф. Рихтер (бывший профессор в Московском университете с 1794 по 1822 г.—Г. П.), коего достоинства, способности и сведения превышают всякую похвалу, читал хирургию превосходно. Но можно ли тому поверить, что он не показал ни одной операции ни на живом, ни на кадавере. И мы ни одной не сделали. Можно ли поверить, что он лишь словами и мелом делал операции, не показав строения оперируемой части на кадавере... Он не интересовался операциями, кои иногда совершали в госпиталях, и мы того не видали». Знакомясь с курсом практических наук при Медико-хирургической академии в Петербурге в 1801—1802 гг., Мудров пишет:

«I. Г. Загорский знает анатомию как «Отчет наш»... Учащиеся к всеобщему удивлению на репетициях и экзаменах читали всю анатомию наизусть. Но что же! Кроме остеологии, они знали анатомию по бомушкам, а не по телу человеческому. В мое время ни один из них не занимался своеручным рассеканием трупов. Да и времени к тому от коллегии не было назначено и г. прозектор, этот дорогой художник своего искусства, не считал должностью экзерцировать в том учащихся. Как же без этого ожидать можно смелых хирургов? И сколь они нужны при полках и во флоте.

2. Г. Буш, знаменитый профессор хирургии. Его сведения в литературе анатомии и хирургии чрезвычайны. Невзирая на несовершенство русского языка, он читал хирургию, как оратор. Я писал его лекции. В оных все собрано, что было известно до сих пор. Но что же? Он заставлял г.г. студентов по порядку делать операции с прелиминарным профессорским дискурсом. Многие рассказывали разные методы оперировать весьма хорошо, но не многие хорошо оперировали со всем их приготовлением: ибо в год на студента доставалось сделать не более 2, 3 операций, как, напротив, каждую операцию каждый должен был сделать, по крайней мере, три раза. Перевязки он показывал без методических прессов и не упражнял ни одного из учащихся в накладывании оных. Как же с таким учением ожидать можно смелых операторов? Сверх того он и сам не оператор по близорукости. Я не хочу выставлять здесь тех операций, кои он делал на кадаверах в присутствии многих и за кои мы должны были краснеть, знавши его профессорские достоинства. Так то красное слово несовместно с делом!».

Говоря о важности клинического обучения, Мудров пишет (стр. 30): «6... Наука при постелях больных вознаграждает все недостатки учения: здесь можно увериться, что заблаговременное соединение теории с практикой составляет истинную науку. 7. Не чему дивиться, что университеты боятся полковой службы как землетрясения. Ибо не учат лечить граждан. Но нельзя не дивиться, что в академиях, воздвигнутых для воспитания полковых и морских лекарей, преподается и акушерство, и судебная медицина, а существенная часть, т. е. медицина военная, там не существует и по имени. Предмет оной есть сохранение здравия служащих в полках и во флоте. Пища, питие, одежда, перемены воздуха, местоположение, походы, удобность больницы, замена лекарств, ловкость в некоторых операциях, перевоз больных (например, с переломами) и пр. суть прекрасные главы, которые читал in collegio medico в Берлине Г. Формей, лейб-медик короля прусского и генерал штаб-доктор от армии, в пользу полковых лекарей и королевских пепиньеров.

Здесь, полагаю я, конец клеветам моим. Мне больно, что я говорил перед Вами не к чести моих соотечественников. О! Я стократно желал бы быть органом их славы».

«Наконец, в славном морском госпитале нет операционного зала, да и операции делают редко. В полтора года моей службы было там сделано три ампутации, одна трепанация, несколько прободных брюх. Первые четыре, помнится, умерли, а из последних выздоравливают редко. Напротив, скорбут, вывихи и переломы лечат примерно».

Замечания Мудрова о задачах подготовки врачей для нужд армии не являются в его устах случайной или формальной данью уважения к этой важной задаче государственной деятельности. М. Я. Мудров был, несомненно, наиболее крупным из предшественников Пирогова в постановке вопросов военной медицины. На воспитание великого патриота родины в этом направлении в дни, предшествовавшие Отечественной войне 1812 г., несомненно, оказывала влияние вся международная обстановка. Последнюю Мудров в своем «Слове о пользе и предметах военной гигиены, или науки сохранять здравие военнослужащих в торжественном собрании Императорского московского университета июля 30-го дня 1809 г.» характеризует словами: «Дух времени есть дух браней» (стр. 3). Вероятно, некоторое военизирующее влияние на Мудрова оказали его работы в Московском военном госпитале во время студенческого клинического стажа в нем, в 1799—1800 гг., а затем в Петербургском морском госпитале в качестве врача и слушание лекций в Медико-хирургической академии в 1801—1802 гг., где он вынужден был задержаться в ожидании возможности поехать за границу. Правда, в вышецитированном письме Мудров с горечью отмечает, что «даже в академиях, воздвигнутых для воспитания полковых и морских лекарей, существенная часть, т. е. медицина военная, не существует и по имени». Но за границей он со свойственной ему тщательностью слушает и записывает лекции по военной медицине и, вернувшись затем на родину, после участия в военных действиях 1807 г., объявляет в университете курс военной медицины. К этому его обязывало то, что он жил, по его словам, «при звуке оружия, шумящего от всех четырех ветров, сушу и море обагряющего кровью». «В сообразность сему времени браней и кровопролития» Мудров, первый и единственный в истории Московского университета до наших дней профессор военной медицины, не ограничился задачей с университетской кафедры воспитывать будущих врачей в вопросах «науки сохранять здравие военнослужащих». Он для торжественного собрания взял темой военную гигиену и, имея случай обратиться с горячим и ярким словом к сильным мира сего, обычно приглашавшимся на торжественные собрания университета, привлекал их внимание к важности и необходимости обеспечить «здравие военнослужащих» как залог победы. Он ставил своей целью «ввести сию науку в любезном отечестве нашем, сыскать его покровителей в университетах и особенно в медико-хирургических академиях и в военных корпусах, готовящих юношество к военной службе». В биографии М. Я. Мудрова, составленной к столетию Московского университета, читаем: «Наука в лице Мудрова подавала свой живой, одушевленный, советовательский голос в деле великого приготовления сил на защиту отечества. Слово врача проникнуто самою теплою любовью к родине и к ее воинам и озарено полным званием дела, для которого ученый прочел все книги, касавшиеся того же предмета, обозрел в России и за границей и изучал на опыте все военные госпитали, всю жизнь солдата и

особенно русского» («История Императорского московского университета», Москва, 1855, стр. 396).

«Мысль о сохранении здравия солдат, — говорит Мудров, — не есть новая материя в ученом свете. Древние писатели оставили нам множество бесценных отрывков о сем предмете». «Имев щастие служить в мирное и военное время России воинству в гошпиталях, мне вверенных, и навыкнув видеть болезни солдат и испытывать их причины, я считаю себе славою воззвать сию науку из мрака забвения в недре моего любезного отечества». Полковых лекарей и дивизионных докторов «должность есть не столько лечить, сколько предупреждать болезни, а наиболее учить солдат беречь свое здоровье». «Военная гигиена полезна каждому, начиная от унтер-офицера до генерала, дабы беречь свое и своих подчиненных здравие и учить их сохранять оное». «Сытые и здоровые солдаты суть храбры, в трудах неутомимы, ловки и, следовательно, победоносны». «В самой глубокой древности видим, что цари царств протекших и их военачальники пеклись о сохранении здравия их ратников». Моисей говорил о дисциплине, чистоте и опрятности. При Агамемноне во время осады Трои дети Эскулапа, первого врача древней Греции, — Махаон и Подалир не только воевали, но оказывали помощь раненым. Махаон — воин-хирург — извлекал стрелы и вливал в раны бальзам. Кесарь говорил полководцам: «Берегите ваших солдат, дабы от болезней не лишились вы людей тогда, как надобно будет вам действовать». Ксенофонт в диалог Кира с Камбизом включил следующие реплики Кир: «я старался снабдить армию врачами и лекарями и могу сказать, что я имею самых искусных, каких только можно иметь». Камбиз, не удовлетворяясь этой похвальбой царя, советует: «Вы приложите благодарнейшее старание — предупреждать болезни и препятствовать их распространению в вашей армии», и, в частности, указывает на необходимость, «чтобы лагерь поставлен был на здоровом месте». После цитирования более поздних авторов, до современников включительно, Мудров раскрывает перед собранием содержание науки военной гигиены. Эту дисциплину он рассматривает как одну из четырех, объединяемых понятием военной медицины. В последнюю входят: 1) военная гигиена, 2) военная терапия, или армейская клиника, 3) военная, или полковая, хирургия и 4) военная фармакология. Военную гигиену Мудров подразделяет на общую и частную. В общую часть входят вопросы о воздухе, о пище и питье, о движении и покое, о сне и бдении, об отделениях и испражнениях и о душевных движениях. В частной военной гигиене рассматриваются проблемы применительно к трем состояниям: до войны, на войне и после войны. Задачи в состоянии до войны начинаются с рекрутского набора, имея в виду отбор здоровых. Здесь надо иметь в виду прежде всего массу призываемых: «не одно — сто тысяч воинов». При отборе следует руководствоваться «правилами лейб-хирурга Виллие, главного от армии инспектора по медицинской части». Второй задачей является воспитание солдат в духе храбрости. При отборе и в процессе предупреждения заболеваний следует иметь в виду разные роды военной службы: «например, пехотные подвержены ранам ног, всадники — вывихам и переломам, почечуйным припадкам, вывладам внутренностей, а матросы — скорбуту и пр.». К разделу «Зимние квартиры и гарнизоны» относятся: «строение казарм и содержание их в порядке, очищение воздуха, скорое отдаление больных в гошпиталь, артельная пища, готовность к походу и пр.». Глава «Состояние до войны» заканчивается гигиенической оценкой нравов, военной дисциплины и наказаний.

Переход в состояние войны открывается выступлением в поход и первыми движениями армии. В задачу врача здесь входит приучать солдат «постепенно ко всем тягостям, к непостоянству стихии и перемене климатов, пищи, питья и пр.». «С начала похода надобно приучать солдат, чтобы, пришед на место, они обмывались от пыли, полоскали свои рты, чистили, сушили и починивали платье и обувь, мыли ноги и, поужинавши и помолившись Богу, ложились спать ранее». «Зимой должно сближать ряды, а летом вести как можно просторнее и не теснясь». При расположении бивуаком важно иметь в виду здоровые условия местности и поддержание чистоты в лагере. При оценке разных театров войны следует изучить «военно-врачебную топографию». «Чтобы предупредить болезни, могущие случиться в лагере, надобно иметь глубокие местные познания». «Зная господствующую болезнь жителей страны и ее причину, легче отвратить оную, нежели лечить болезнь, которая есть следствие первой». При ускоренном марше надо знать наперед, на основе изучения рельефа местности,

какое пространство могут пройти солдаты, «чтобы вступить в сражение неизнуренными». Необходимо особые условия соблюдать при отступлении и при осаде. Во время сражений «туда, где ад истощил всю лютость и искусство к убийству и мучению смертных, туда идет врач, человеколюбием одушевленный, чтобы облегчить лютые мучения, перевязать кровоточащие раны и исхитить из челюстей смерти жертвовавших жизнью за веру и отечество». «Идучи на сражение, солдат должен быть снабжен некоторым количеством пищи... Сытой вынесет он и суровость воздуха, и все труды». «Хотя во время самого сражения не всегда можно перевязывать раненых, но надобно заметить, что от ускоренной перевязки зависит легкость, скорость и безопасность лечения их. В лощинах, закрытых от ядер и пуль, назначаются места для перевязок, где все готово для совершения ампутаций, для вырезывания пуль, для соединения переломанных членов, для вправления вывихов и для простых перевязок». Для транспортировки тяжело раненых употреблялись «фуры с подвесными на ремнях носилками». В полевых условиях временные полевые лечебные заведения нередко состоят из одной крыши с земляным валом.

Основной задачей в состоянии после войны является правильная организация «гошпиталей» для долечивания раненых и инвалидов. Здесь важно обеспечить наличие в госпитале хорошей воды, вентиляции, соблюдение правил личной гигиены, содержание в чистоте постели с переменой белья и сена в матрацах. Особо важно, чтобы было чисто в операционной, перевязочной и в кухне. Работу необходимо учитывать. Что касается способов лечения ран, то «чем реже, суше и скорее делается перевязка, тем скорее вылечиваются раны».

Глубокий подход к задачам медицинского обеспечения войск нашел отражение в книжке Мудрова «О пользе и предметах военной гигиены». Эта книжка много способствовала развитию дела охраны здоровья армии.

Однако еще долгое время преподавание военно-медицинских предметов не было включено в программы медицинских факультетов. В каталогах и обзорах преподавания в последующие годы в Московском университете до 1920 г. о военно-медицинских предметах не упоминается, хотя вопросы специальной подготовки врачей для нужд армии не только возникали, но, несомненно, и разрешались так или иначе при ускоренных выпусках врачей. Эта подготовка наспех, естественно, была неудовлетворительной.

Так, главный медицинский инспектор армии, говоря об ускоренно выпущенных в мае и августе 1821 г. врачах, считает, что от них «не только не может быть пользы, но может быть и вред», и считает необходимым, чтобы медицинский факультет не выпускал раньше 4 лет обучения, чтобы в последний год студенты больше занимались в клиниках, видели большее число больных и разнообразные болезни, а после испытаний направлялись в военные госпитали на 3—4 месяца. Ускоренные выпуски для нужд армии, однако, имели место, например, в июне 1831 г., в 1854 г., в 1876 г. и в другие годы. В связи с русско-турецкой войной 1877—1878 гг. было обращено особое внимание на подготовку врачей по гигиене. Постановление об учреждении кафедры гигиены было вынесено медицинским факультетом Московского университета в 1876 г., но было реализовано позднее.

Мы полагаем, что изучение роли, форм и содержания военно-медицинской подготовки врачей на медицинских факультетах наших университетов, особенно старейших—Казанского, Харьковского и др., заслуживает внимания и что эта проблема должна быть включена в план научно-исследовательской работы медицинских вузов.

★

ПЕНИЦИЛЛИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОЕННОЙ ТРАВМЫ

J. S. Jeffrega. Scott Thomson (British Medical Journal, 1944, № 4356).

Британским военным министерством были образованы на итальянском фронте «группы по изучению действия пенициллина», состоящие из хирурга, патолога и лаборанта, в функции которых входило распределение этого препарата по медицинским учреждениям армии, инструктаж хирургов об его свойствах и демонстрация методов его применения, а также проведение специальных исследований и сбор материалов для изучения результатов действия препарата.

Для изучения пенициллин был распределен среди 80 действующих центров. Это были госпитали общего типа, пункты первой помощи, полевые хирургические подразделения и подвижные подразделения специального назначения — нейрохирургические и челюстно-лицевые. Пенициллин употреблялся главным образом в виде натриевой соли, пригодной как для местного применения, так и для введения внутривенно и внутримышечно. Кальциевая соль пенициллина смешивалась с сульфатиазолом как наполнителем в пропорции 5 000 единиц пенициллина на 1 г сульфатиазола. Получалась удовлетворительная пудра, которая вместе с распылителем была широко распространена среди передовых действующих центров. Бо́льшая часть натриевой соли пенициллина посылалась на госпитальные базы, так как там раненые с переломами и другими ранениями задерживались достаточно долго, чтобы пройти соответствующее систематическое лечение пенициллином. В медицинские учреждения передового района также направлялось небольшое количество натриевой соли пенициллина для применения при газовой гангрене и проникающих ранениях грудной клетки. Распространение пенициллина осуществлялось подразделениями службы переливания крови.

Систематическому лечению пенициллином (внутримышечно и внутривенно) подвергались: а) все случаи переломов бедра, переломы большеберцовой кости, лопатки, верхней трети плеча и другие тяжелые переломы (например, переломы костей таза), ампутации, тяжелые ранения кисти, множественные тяжелые ранения мягких тканей; б) случаи газовой гангрены; в) некоторые поздние случаи сепсиса; г) септицемии.

Местное лечение пенициллином применялось при ранениях грудной клетки, головы, глаз, лица и мягких тканей.

Нежелательные реакции наступали в ничтожном числе случаев за исключением тромбофлебита, развивающегося при длительном внутривенном капельном введении пенициллина. Тромбоз вен начинался обычно через 48 часов. Боль, ощущавшаяся при внутримышечных инъекциях, быстро проходила.

Из двухсот случаев лечения пенициллином лишь в одном наблюдалась крапивница, появившаяся на 3-й день лечения. Распространенная сыпь исчезла без всякого воздействия через 2 дня, хотя лечение пенициллином на это время не прекращалось. При внутривенном введении иногда повышалась температура, но озноба не наблюдалось. У 3 больных применялись внутримышечные инъекции кальциевой соли пенициллина, причем не было отмечено никаких местных неприятных явлений даже после 36 последовательных инъекций.

Следует отметить, что внутримышечное введение, более простое по технике, чем внутривенное, не уступало ему по эффективности.

Ранения мягких тканей. Доминирующим микроорганизмом при ранениях мягких тканей был золотистый стафилококк. На передовых пунктах не все ранения мягких тканей обрабатывались пенициллином: он применялся лишь для лечения более тяжелых случаев. При его применении установленная техника лечения ран оставалась без изменений, только вместо пудры из сульфаниламида употреблялась пудра из пенициллина — сульфатиазола. Ею покрывали рану подобно инею (5 000 единиц на 1 г, в среднем — 2 г). Перед этим рана

тщательно очищалась или иссекалась и оставлялась открытой. Среди хирургов, к счастью, не было тенденции пренебрегать хирургической обработкой в расчете на действие пенициллина.

Многое может быть достигнуто хирургической обработкой раны и пенициллином. Одна хирургическая обработка не может освободить полностью рану от инфекции. Хотя не получено доказательств, что раны, опыленные пенициллин-сульфатиазоловой пудрой, по прибытии раненого на базу были чище, чем другие, но все же у многих хирургов такая обработка оставляла хорошее впечатление. Во время боев в Сицилии установлено, что 50% посевов из ран, иссеченных и опыленных пенициллин-сульфатиазоловой пудрой на пунктах первой помощи, были стерильны, если раненые прибывали на госпитальные базы не позднее 5 дней после первичной обработки. На госпитальных базах, как правило, накладывался ранний вторичный шов, что было возможно при коротких путях эвакуации, когда от момента ранения до прибытия на госпитальную базу, где раненые могли быть задержаны, проходило меньше 10 дней. Первая перевязка производилась обычно в операционной. Если характер раны это допускал, она зашивалась под наркозом.

Техника применения пенициллина при вторичном шве состояла в следующем: 1) при поверхностных ранах, если они чистые, делалось однократное опыление пенициллин-сульфатиазоловой пудрой и накладывался шов; 2) при загрязненных поверхностных ранах производилось предварительное опыление по одному разу в течение 2 дней; зашивание производилось после третьего опыления; 3) при пазухах и проникающих ранениях, когда нельзя ввести пудру, накладывался шов с оставлением тонких дренажных трубок, через которые в течение 4 дней по каплям вводилось 3 см³ раствора пенициллина, содержащего в 1 см³ 250 единиц. Во всех этих случаях иссечение ран не производилось, за исключением освежения краев кожи и удаления лоскутов. Пудра содержала 5 000 единиц в 1 г; позднее хорошие результаты были получены и при концентрации 2 000 единиц в 1 г. Этот простой метод опыления почти всегда был эффективным, однако по мере накопления опыта среди хирургов появилась тенденция применять в тяжелых случаях промывание раны, чтобы быть абсолютно уверенным в проникновении лекарства в очаг инфекции. Дренирование и последующее промывание ран пенициллином рекомендуются и при нагноении, вызванном грамнегативными бактериями, что часто наблюдалось во время жаркой погоды. Действие одной пудры в этих случаях было недостаточным. Ниже приводятся результаты трех серий наложения швов в госпиталях общего типа.

В первой серии 68 поверхностных ран, зашитых с сульфаниламидом, дали в 23% расхождение швов. 110 таких же ран, зашитых после однократного опыления пенициллин-сульфатиазоловой пудрой, зажили без осложнений. 108 ран, считавшихся ранее неподходящими для зашивания, были зашиты после опыления пенициллин-сульфатиазоловой пудрой и дали только 17% расхождения швов

Во второй серии 170 ран мягких тканей, где было показано либо наложение вторичного шва, либо пересадка кожи, лечились опылением пенициллин-сульфатиазоловой пудрой. Практически здесь в 100% было получено заживление; 25 случаев лечились промыванием пенициллином. Это были большие осколочные раны ягодицы или бедра; 70% из них зажили в течение 10 дней, остальные 30% представляли собой к этому времени поверхностные заживающие раны. Среднее время пребывания этих раненых в госпитале до выписки в команду выздоравливающих или в часть равнялось 40 дням; без пенициллина лечение было бы на 90 дней длительнее.

В третьей серии 256 ран лечились наложением шва или пересадкой кожи при местном применении пенициллина; они дали 95% хороших исходов. Среднее время пребывания в госпитале 61 раненого, леченного пенициллином, равнялось 21 дню. Среднее время пребывания в госпитале в 200 контрольных случаях составило 34 дня. Раны с большой потерей кожи, 10—14-дневной давности, инфицированные, успешно излечивались пересадкой, но после предварительного в течение 2—3 дней, опыления пенициллин-сульфатиазоловой пудрой. В 2 случаях был применен лоскут на ножке, чтобы покрыть большой дефект кожи в области колленного сустава. При больших дефектах кожи чрезвычайно полезным оказалось частичное зашивание с оставлением дренажных трубок и промыванием раны раствором пенициллина. Через 4 дня отек и напряжение тканей

уменьшались, раны или зашивались полностью, или лечились с пересадкой кожи.

Была сделана попытка применения 1% нейтральной профлавин-сульфатиазоловой пудры для лечения ран мягких тканей. Общее впечатление хирургов было благоприятным: «Не так хорошо, как пенициллин-сульфатиазоловая пудра, но определенно лучше, чем сульфаниламидная пудра». Опыления ею в течение 4—5 дней было достаточно для подготовки инфицированной раны к зашиванию (вместо 2—3 дней при опылении пенициллиновой пудрой). Нейтральная профлавин-сульфатиазоловая пудра нашла себе применение при лечении поверхностных ран и должна быть эффективна при лечении ран, инфицированных грамнегативными бактериями. Имеются указания, что при попадании на свежую раневую поверхность, еще не покрытую грануляциями, она может вызывать некроз тканей. В 4 случаях раны действительно покрылись тонким черным налетом и приняли мумифицированный вид.

Ранения грудной клетки. Обычно около 33% проникающих ранений грудной клетки заканчивается эмпиемой вследствие инфицирования гемоторакса. Пенициллину принадлежит значительная роль в лечении гемоторакса или образовавшейся эмпиемы. Однако для получения хороших результатов необходимо обеспечить попадание пенициллина в очаг инфекции. Методом выбора является местное лечение в виде промывания плевральной полости, а при наличии большой эмпиемы и тяжелой интоксикации комбинация местного лечения с системным. В этих случаях недостаточно введения пенициллина только внутримышечно или внутривенно, так как препарат не проникает в достаточном количестве через плевральный барьер. Затруднения при введении лекарства в плевру зависят от наличия спаек и сгустков гемоторакса, так что необходима предварительная аспирация шприцем, а иногда и операция. В передовых районах после закрытия «сосущей» раны хирурги вводят иногда в плевральную полость 15 000 единиц натриевой соли пенициллина в 15 см³ дестиллированной воды. На госпитальных базах в плевральную полость вводят 60 000 единиц пенициллина после каждого отсасывания, которое производят один раз в 2—3 дня. Эти 60 000 единиц, в зависимости от размеров полости, растворяли в 30 или 60 см³. Если была необходима операция, то пенициллин вводили через дренажную трубку, которая оставлялась в полости на 3—6 часов. Интраплевральным введением пенициллина достигалась его высокая концентрация, которая удерживалась от 48 до 72 часов и, без сомнения, оказывала сильное действие на бактерий плевральной полости.

При наличии сепсиса резекция ребра и дренирование часто не давали эффекта даже при эмпиеме стафилококкового происхождения. Наиболее тяжелым осложнением являлся бронхоплевральный свищ, который вызывал реинфекцию полости, и, как правило, приводил к смерти. Более легким осложнением было нагноение, вызванное грамнегативными бактериями. Стафилококки, стрептококки, пневмококки и анаэробы поддавались действию пенициллина, но синегнойная и кишечная палочки обычно оставались в полости. Среди наиболее удачно излеченных случаев имелись гигантские раны грудной стенки, которые удалось зашить, несмотря на то, что они были инфицированы.

Открытые переломы. При лечении тяжелых переломов стремились создать правильное стояние отломков и начать курс лечения пенициллином в течение первых 14 дней после ранения, прежде чем успеет развиться инфекция. В передовых районах раны иссекались, опылялись пенициллин-сульфатиазоловой пудрой. На госпитальных базах лечение пенициллином (внутримышечно) начиналось немедленно; через 24 часа раны, если было нужно, вновь очищались, если возможно — частично ушивались. Переломы бедра лечились скелетным вытяжением, иногда применялись шины Томаса; другие переломы лечились глухой гипсовой повязкой. Лечение пенициллином продолжалось от 5 до 10 дней (500 000—1 000 000 единиц): в первые 3 дня вводилось внутримышечно 15 000 единиц каждые 3 часа, а затем — с 4-часовыми интервалами. В дальнейшем в течение 21 дня раны не трогали. Решение продолжить лечение пенициллином свыше 5 дней выносилось на основании сопоставления состояния раны во время операции и общего состояния больного к 5-му дню лечения.

Если через 3 недели улучшения не наступало, бактерии, выделенные из раны, испытывались на чувствительность к пенициллину. Рана открывалась, поправлялись дренажи и, если бактерии оказывались чувствительными к пенициллину, лечение им продолжалось. Наиболее серьезными в смысле инфекции, как известно, являются переломы бедра. Для того чтобы знать, какой процент

переломов бедра заканчивается хронической инфекцией (при условиях, существовавших в Италии), было изучено 70 открытых переломов бедра, леченных стандартными методами в одном из ортопедических центров.

Переломы бедра, леченные теми же хирургами, с применением пенициллина и частичного зашивания ран (каждый раненый получил в среднем 800 000 единиц) дали результаты, не лучшие, чем в контрольной группе.

Этот довольно печальный вывод обусловливался трудностью подбора соответствующего дренажа для оттока гноя. Однако, без сомнения, лечение пенициллином предупреждало возникновение тяжелого сепсиса, как это видно из таблицы.

Определенное число переломов бедра всегда требует ампутации, если дефект таков, что протез лучше обеспечит функцию конечности или если имеется сильное повреждение сосудов.

Небольшое число этих раненых все же погибает от инфекции, вызванной бактериями, не чувствительными к пенициллину.

В другом ортопедическом центре 12 переломов бедра лечили консервативными методами, применяя частичное зашивание и пенициллин. В 9 из них раны через 12 недель хорошо закрылись и эпителизировались, в 3 же имелась небольшая остаточная инфекция. Много открытых переломов других костей лечилось пени-

140 случаев открытых переломов бедра

	Общее число	Смертельный исход	Ампутация
Контрольная группа	70	6 (8,6%)	6 (8,6%)
Группа, леченная пенициллином	70	1 (1,4 %) Смерть обусловлена сопутствующим ранением мозга	2 (3%) Обе ампутации произведены не по поводу сепсиса, а по поводу сильной деформации, делавшей ногу непригодной к употреблению

циллином, но результаты систематически не изучались. Внутримышечное введение пенициллина в большинстве случаев оказалось эффективным. Попытка вливания больших доз пенициллина в место перелома также дала ободряющие результаты.

Коленный сустав. Проникающие ранения коленного сустава протекают исключительно хорошо при применении консервативных методов лечения как с пенициллином, так и без него. В передовом районе 17 случаев лечили опылением пенициллин-сульфатиазоловой пудрой и 17 случаев—опылением сульфаниламидной пудрой. И в той, и в другой серии в конечном итоге возникло по одному случаю сепсиса. Следует отметить, что в противоположность общему хорошему прогнозу при этом ранении острый артрит, если он развивается, является исключительно тяжелым осложнением, при котором показано лечение пенициллином. Восемь случаев такой тяжелой инфекции коленного сустава закончились вполне удовлетворительно, в 3 из них через 8 недель уже имелась довольно хорошая функция. Несомненно, местное применение пенициллина является методом выбора при ранениях, граничащих с коленным суставом или сопровождающихся небольшими переломами бедра, большеберцовой кости или надколенника. Сустав вскрывают, промывают физиологическим раствором, капсулу зашивают вокруг тонкой резиновой трубки, кожу частично зашивают. От 5 до 10 см³ раствора пенициллина, содержащего 250 единиц в 1 см³, вводят через трубку дважды в день в течение 4 дней, затем трубку удаляют. Иногда сустав промывают, заполняют раствором пенициллина и зашивают наглухо. Через несколько дней, если нужно, жидкость отсасывают и заменяют свежим раствором пенициллина. Системное лечение или комбинация местного и системного лечения показаны при наличии больших переломов костей, прилегающих к коленному суставу, и в случаях глубокой токсемии.

Ампутации. 12 инфицированных ампутационных культей хорошо зажили

при лечении промываниями раствором пенициллина через дренаж. Наилучшие результаты получены в 8 случаях, когда, кроме того, был проведен еще краткий курс системного лечения внутримышечным введением препарата. Рекомендуется следующий план лечения: 1) пенициллин внутримышечно в течение 24 часов, 2) операция; 3) пенициллин (опять внутримышечно) в течение 2—4 дней. В тех случаях, когда ампутация производится по поводу сепсиса или сильной деформации стопы, в военной хирургии принято ампутировать на уровне нижней трети голени, производя позднее реампутацию на любом желаемом уровне. Теперь, когда с помощью пенициллина имеется возможность не допустить развития инфекции, опытные хирурги могут позволить себе сразу произвести окончательную ампутацию.

Газовая гангрена. При лечении пенициллином газовой гангрены, дававшей в Италии до 50% смертности, были получены ободряющие результаты.

Был рекомендован следующий план лечения:

1) радикальная операция (иссечение мышц или, если необходимо, ампутация);

2) внутривенное введение поливалентной противогангренозной сыворотки во время операции в количестве 49 500 единиц. Если клиническое улучшение не наступало, та же доза вводилась повторно через 6—8 часов и повторялась по мере необходимости;

3) натриевая соль пенициллина—25 000 единиц внутримышечно во время операции и 3—5-дневный курс по 15 000 единиц внутримышечно каждые 3 часа, т. е. 120 000 единиц в день (всего в среднем 380 000 единиц).

Желательно создать определенную концентрацию сыворотки и пенициллина в крови еще до операции, но практически это удается осуществить редко.

Таким образом были проведены 33 случая, причем 12 больных (36%) умерли. Пять из 33 больных были в слишком тяжелом состоянии, чтобы подвергнуться операции, и быстро погибли. Другие 28 человек получили полный курс описанного лечения. Семь из них погибли (25%) от токсемии, которую не могли снять ни возбуждающие средства, ни пенициллин, ни сыворотка; четверо от поздних осложнений—бронхопневмония и почечная недостаточность. Во всех 33 случаях имелась настоящая газовая гангрена (анаэробный миозит) с массивным вовлечением мышц. Пенициллин может остановить прогрессирование, но хирургическое вмешательство все еще является главным методом лечения этого заболевания

Проникающие ранения живота. Специальных указаний на применение пенициллина при проникающих ранениях живота не имеется. Инфекция стенки живота указывает на наличие инфекции брюшной полости и является плохим прогностическим признаком, как это доказывают поздние смертельные исходы (через 2—4 недели). В некоторых из таких случаев было применено короткое системное лечение пенициллином и получено заметное улучшение.

Ранения головы. Процент ранений мозга и волосистой части головы, заживающих первичным натяжением, был всегда достаточно высок, если операции производились в специальных нейрохирургических учреждениях. В Италии, вследствие большей загрязненности почвы, исходы были хуже в случаях без применения пенициллина и хорошими, когда поверхность ран опылялась пенициллин-сульфатиазоловой пудрой, содержащей в 1 г 5 000 единиц. При абсцессах мозга методом выбора является введение пенициллина через дренаж.

Челюстно-лицевые ранения, ранения глаза, ожоги. Ранам лица до сих пор предоставлялось заживать спонтанно с тем, чтобы произвести иссечение рубцов. При применении пенициллин-сульфатиазоловой пудры удалось на многие раны лица накладывать первичный шов. В результате получались прекрасные рубцы. В тех случаях, когда не удавалось достигнуть такого хорошего результата, люди все же могли быть выписаны в части с тем, чтобы позднее подвергнуться косметической операции.

Удовлетворительные результаты получены при язвах роговицы и конъюнктивитах. Раствор натриевой соли пенициллина, содержащий 1 000 единиц в 1 см³, закапывался в глаза каждые 2 часа. В 50 случаях через 48 часов такого лечения стафилококковая, стрептококковая, пневмококковая и гонококковая инфекция исчезла. Инфекция глазной впадины лечилась пенициллином местно. При панофтальмите применялось внутримышечное введение.

Пенициллин-сульфатиазоловая пудра, распыленная на обожженном участке и прикрытая сверху жирной повязкой, представляет собой лучшее средство при ожогах. Этот метод лечения ожогов применяется редко, так как требует большого количества пудры.

★

РЕЦЕНЗИИ

Полковник медицинской службы проф. Фрумкин А. П. **Военная травма мочеполовой системы**, Медгиз, 1944.

Книга проф. А. П. Фрумкина «Военная травма мочеполовой системы» содержит теоретические и практические сведения, необходимые для всякого военно-полевого хирурга и хирурга-уролога в их повседневной практике. Автору удалось в очень краткой и удобопонятной форме изложить патологию, клинику и лечение травм мочеполовой системы в военной обстановке.

Там, где это требуется, он дает краткие сведения по топографической анатомии, детально описывает наиболее эффективные оперативные методы, проверенные на огромном опыте Великой отечественной войны.

Наряду с основными важнейшими принципиальными установками в лечении тяжелейших травм мочеполовой системы автор останавливается на мельчайших деталях диагностики, лечения и ухода за ранеными, которые нередко опускаются даже в больших руководствах, но имеют большое практическое значение.

Автор проводит совершенно правильно тактику возможно более консервативного отношения к травмам почки, описывая подробно методику резекции почки при огнестрельных повреждениях ее.

Наиболее подробно автор останавливается на лечении травм мочевого пузыря и уретры и их осложнений.

Большое место отведено описанию методики надлобкового сечения мочевого пузыря и методов борьбы с тяжелыми осложнениями мочевыми затеками и уросепсисом. Подробно описана операция Мак Уортера, являющаяся наиболее эффективной при гнойных скоплениях в предпузырном пространстве и при остеомиэлитах лобковых костей.

Основным залогом успеха оперативного лечения травм мочевого пузыря на передовых этапах является наиболее совершенный дренаж мочевого пузыря, околопузырного пространства и малого таза.

Сифонный дренаж сам по себе, как показал опыт, не оправдал себя, так как он по большей части не действует, и необходимо или активное отсасывание мочи водоструйным насосом или каким-либо другим приспособлением.

Все эти вопросы нашли разрешение в книге проф. Фрумкина. Он описывает также наиболее легко осуществимую на передовых этапах методику предупреждения и лечения мочевых затеков положением на животе. Эта методика создает наиболее совершенные условия дренажа мочевого пузыря, предпузырного пространства и полости малого таза.

Ранениям мошонки и полового члена в книге проф. Фрумкина также отведено должное место. Эта область ранений обычно недооценивается общими хирургами и поэтому раненые не получают должного и своевременного лечения. Проф. Фрумкин описывает важнейшие методы оперативного лечения и в этой области.

По вполне понятным причинам автор не загромождает своей книги ссылками на авторов и литературные источники. Для данной книги этого и не требуется.

Однако, как в военно-полевой хирургии нельзя отрешиться от отца военно-полевой хирургии Н. И. Пирогова, так и в военно-полевой урологии нельзя не вспомнить отца русской урологии проф. С. П. Федорова и из множества предложенных им операций трудно приводить описание субкапсулярного удаления почки без упоминания его имени.

Нельзя вполне согласиться с автором книги в отрицании гидродинамического эффекта при ранениях мочевого пузыря. Огромные разрывы и дефекты стенки пузыря служат нередко подтверждением гидродинамического действия пуль и осколков снарядов.

Также трудно рассчитывать на положительный эффект от приемов внутрь соляной и фосфорной кислоты при щелочном брожении мочи с выпадением фос-

фатов в инфицированном пузыре. Наиболее эффективными в этих случаях являются соблюдение кетогенной диэты и мероприятия, направленные на борьбу с инфекцией.

Книга проф. А. П. Фрумкина написана очень хорошим языком и легко читается.

В ней найдет много полезного уролог, но и для общего хирурга она будет служить постоянным справочником и руководством.

В этой книге отражен огромный опыт автора, много поработавшего в своей области за время Отечественной войны. Остается пожалеть, что она появилась в свет только на четвертом году войны.

Генерал-лейтенант медицинской службы Н. Н. Еланский

★

Наумов В. А. и Ключников Г. А., **Лечебная физкультура в ГЛР.** Предисловие начальника ФЭП — полковника медицинской службы В. А. Макарова. Изд. ФЭП 3-го Прибалтийского фронта, 1945, Тираж 650 экз.

В условиях Великой отечественной войны, когда мы переживаем (выражаясь словами Пирогова) «травматическую эпидемию», госпитали различного профиля и, в частности, ГЛР являются одним из главных источников пополнения рядов Красной Армии.

Лечебная физкультура в ГЛР нашла широкое применение в комплексном лечении и восстановлении боеспособности раненых бойцов и командиров Красной Армии.

ГЛР накопили богатый опыт организации и проведения всей своей лечебной работы в условиях прифронтовой полосы, и поэтому следует положительно воспринять выход в свет труда, освещающего вопросы лечебной физкультуры в общем комплексе лечебных воздействий.

Авторы работы взяли на себя труд осветить в практическом разрезе использование лечебной физкультуры в ГЛР с тем, чтобы способствовать улучшению постановки комплексного функционального лечения. Как видно из предисловия, настоящий труд рассчитан на врачей-специалистов и методистов-инструкторов и представляет собой обобщение опыта авторов за предыдущие годы Отечественной войны.

В главе «Организация лечебной физкультуры в госпитале» авторы дают указания организационного порядка на проведение утренней гигиенической гимнастики и лечебной гимнастики и других форм лечебной физкультуры в ГЛР.

Уделено серьезное внимание организации блока функционального лечения, органически увязывающего комплекс всех лечебных воздействий в ГЛР (хирургия, физио-бальнеотерапия, лечебная физкультура с трудотерапией и закаливанием).

В этой же главе кратко рассматривается построение плана работы кабинета, вопросы документации, обязанности врача и методика лечебной физкультуры и приведен список оборудования и инвентаря кабинета лечебной физкультуры.

Совершенно недостаточное внимание уделено вопросам трудотерапии. Последняя, являясь более молодым и менее оформленным методом лечения, чем лечебная гимнастика, нуждается в подробных организационных и методических указаниях. Авторы должны были учесть то внимание, которое уделяется за последние годы широкому применению трудотерапии в практике лечебной работы госпиталей в официальных указаниях ГВСУ Красной Армии и НКЗдрава СССР, а также в отечественной и зарубежной литературе.

Вызывает также недоумение отсутствие указаний на использование массажа и элементов механотерапии.

Методические указания по использованию физических упражнений построены в соответствии с примерной характеристикой периодов лечения в ГЛР раненых с учетом состояния раны, функции поврежденного органа и общего состояния. Такое построение методических указаний следует признать правильным, так как оно отражает принципы антропотерапии и учитывает неспецифичность метода.

Авторы дают ценные сведения о комбинированном применении лечебной гимнастики с физиотерапией, об особенностях построения процедур лечебной гимнастики в зависимости от хирургического вмешательства: при первично отсрочен-

ном и позднем вторичном швах, при раннем вторичном шве и стягивающих повязках, при пересадках кожи и пр.

В заслугу авторов следует поставить то значение, которое придается ими правильному построению методики лечебной гимнастики при ранениях мягких тканей. Но вместе с положительными особенностями методический раздел имеет и недостатки.

Недостаточное внимание уделено вопросу организации покойного положения с учетом среднего физиологического и функционально-выгодного положений. Нужно иметь в виду, что не только движения, но и покой (только организованный) также является методом функциональной терапии.

Схематично даются указания по построению процедуры лечебной физкультуры (стр. 19) с разделением на вводную, основную и заключительную части.

Трудно согласиться с догматическим указанием авторов, что упражнения локальной гимнастики начинаются с дистальных здоровых суставов. Различные варианты поражений позволяют (стр. 17) к области травмы подходить и в дистальном, и в проксимальном направлении.

Авторы, несомненно, опаздывают с применением трудотерапии при ранениях кисти, имея в виду использование ее только в третьем периоде (стр. 20). Такие виды труда, как плетение ковриков, сеток и пр., возможно применять во втором, а в отдельных случаях и в первом периоде.

Авторы работы стоят на принципиально правильной позиции, отказываясь от готовых стандартных «рецептов» для упражнений как при утренней гигиенической, так и при лечебной гимнастике. В связи с этим они дают примерный перечень специальных упражнений, которыми может воспользоваться методист или инструктор при построении процедур лечебной физкультуры в зависимости от локализации повреждений.

Нельзя согласиться с целесообразностью построения «урока» лечебной гимнастики с использованием какого-либо одного гимнастического «снаряда». Этим ограничиваются варианты подбора упражнений и нарушаются методические принципы построения процедуры лечебной физкультуры: последовательность нагрузки, чередование общей и «локальной» и пр.

В кратком изложении конкретно представлены планы уроков физической и маршевой подготовки.

Раздел «Принцип определения эффективности лечебной физкультуры» построен авторами на основе учета суммарной эффективности методами статистической обработки.

Недостаточное внимание уделяется клиническому течению поражения и динамике функционального восстановления по отдельным тестам.

Приведенные формы определения эффективности — громоздки и в состоянии отразить лишь суммарную эффективность по отдельным срокам и видам травматических повреждений.

Учет и отчетность кратко и ясно описаны авторами в заключительном разделе.

«Примерные комплексы гигиенической гимнастики» (стр. 26) правильно назвать «примерные комплексы физических упражнений в гигиенической гимнастике». В фразе «Урок лечебной гимнастики при ранениях бедра и области тазобедренного сустава с соупражняющимся» (стр. 63) слово «соупражняющимся» можно отнести к тазобедренному суставу. Нельзя считать удачным выражение «ходьба с работой прямыми руками» (стр. 49), так как в лечебной гимнастике осуществляется не работа, а проведение движений и упражнений. Может смутить читателя и выражение «упражнения с сопротивлением, которые обеспечивают расслабление», что не совсем верно, так как упражнения с сопротивлением характеризуются не расслаблением, а силовым напряжением. В лечебной гимнастике термин «урок» целесообразно заменить термином «процедура», как более соответствующим задачам лечения. Не следует употреблять таких слов, как «хват», «захват», «хватом» и пр.

Книга напечатана на хорошей бумаге, удобночитаемым шрифтом. Приходится сожалеть об отсутствии иллюстративного материала.

Несмотря на некоторые недостатки, книга может служить практическим пособием для врачей и инструкторов лечебной физкультуры ГЛР.

Доц. В. Мошков

★

ОБЗОР СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ИНОСТРАННЫХ ЖУРНАЛАХ

СОДЕРЖАНИЕ ЖУРНАЛА

„The Military Surgeon" („Военный врач"—США), vol. 94, January—June, 1944

Том 94, № 1 — январь

Mann W. L. Здоровье и физическая годность в Военно-Морском Флоте. Стр. 4—8.

Laird A. Некоторые проблемы военной санитарии. Стр. 20—26.

На анализе некоторых фактов подчеркивается важное значение наблюдения за пищевыми учреждениями и питьевой водой; военный врач должен быть прежде всего санитарным врачом. Лучшим способом обезвреживания воды автор считает хлорирование газообразным хлором.

Johnson H. S. Экстренная первая помощь. Стр. 41—45, рис. 8.

Практические указания к пользованию картоном для шин и косыночными повязками.

№ 2 — февраль

Roddis L. H. Ожоги военного времени. Меры предупреждения и лечения их. Стр. 65—75.

Подробное описание мероприятий при ожогах военного времени как среди гражданского населения, так и в войсках. Сводка: покрыть обожженную поверхность стерильной марлей с борной или какой-либо другой стерильной мазью, забинтовать мелкоячеистым марлевым бинтом; очищать обожженую поверхность лишь в случаях крайней необходимости, причем делать это осторожно и в меру; применять сульфамиды; против шока применять главным образом плазму; морфин вводить в малых дозах, если надо — повторно; лечить аноксию кислородом и при возможности устранить причину аноксии. Приведена литература, 10 номеров.

Parran Th. Работа на фронте охраны здоровья. Стр. 76—80.

О значении и успехах работы в области охраны здоровья гражданского населения в довоенное время и во время войны.

Grant D. N. W. Эвакуация воздушным путем. Стр. 80—82.

Simmons G. S. Предупредительная медицина на фронте. Стр. 85—89.

Jensen W. S. Сегодня и завтра в авиационной медицине. Стр. 89—92.

Brauer J. C. Зубоврачевание на войне. Стр. 93—94.

Weatherby F. E. Работа медицинской службы постоянного госпиталя во время воздушного налета на Гавайские острова 7 декабря 1941 г. Стр. 94—95.

Описание плана использования медицинского состава.

Knowlton. D. S. Совместные операции (частей армии и флота). Стр. 96—99.

Описание плана подготовки медико-санитарной службы к совместной работе, оправдавшего себя при операции у Соломоновых островов.

Wise W. D. О признанных негодными к военной службе на основании только рентгенограмм грудной клетки. Стр. 103—104.

Beckwith-Ewell S. L. Предрешающее обследование зубов. Стр. 104—105.

О преждевременном заключении о недостаточности зубов для пережевывания армейского рациона; возможность устранения дефекта в ряде случаев.

№ 3 — март

Grant D. N. W. Работа врача воздушного флота. Стр. 131—135.

Bainbridge W. S. Замедленное действие травмы брюшных внутренностей. Стр. 135—139.

Несколько примеров и детальное описание мероприятий при производстве лапаротомий в подобных случаях. Приведена литература, 9 номеров.

Kreiling R. L. Эвакуация воздушным путем. Стр. 143—146.

Musen F. H. Восстановление физического здоровья в военное время. Стр. 147—156.

Brown W. T. a. Moore M. Солдаты, психически заболевшие во время сражения. Некоторые предрасполагающие факторы. Стр. 160—161.

Brown W. T. a. Moore M. Наследственность и перенесенные заболевания. Стр. 162—163.

Hammonds E. E. Инфаркт миокарда вследствие понижения атмосферного давления в барокамере. Стр. 163—165.

Приведена литература, 8 номеров.

Alexander E. Использование оправы очков для удерживания введенного через нос желудочного зонда. Стр. 166. Рис. 1.

№ 4 — апрель

Stecker A. Неврозы военного времени. Стр. 196—198.

Fulton J. F. Некоторые факторы, влияющие на возникновение судорожных болей («bends») на большой высоте. Стр. 199—200.

Gallagher J. L. Первоначальное лечение (обработка) ран с точки зрения восстановления. Стр. 212—216. Рис. 1.

Mc Cuskey G. F. Обезболивание на фронте. Стр. 218—222.

В общем предпочтительно применять обезболивающее, которое не задерживает эвакуацию и после которого быстро восстанавливается сознание. Рассмотрено применение обезболивающих при хирургическом вмешательстве в различных областях тела и даны общие правила.

Tobin W. J. Парашютные повреждения. Стр. 222—224.

Общий очерк с показанием частоты различных повреждений и профилактических мероприятий.

Porritt A. E. Госпиталь в пустыне. Стр. 224—227. Рис. 3.

Краткий обзор 18-месячной деятельности.

Porritt A. E. Новые методы лечения ожогов. Стр. 227—228.

Carney H. M. Изготовление сидячей ванны из оцинкованного железа. Стр. 229. Рис. 4.

№ 5 — май

Harris K. I. Лечение переломов военного времени. Стр. 246—250.

Положения автора частью расходятся с принятыми санитарной службой Красной Армии.

Hejduk B. К лечению травматического перитонита. Стр. 250—254.

Автор настоятельно советует промывать брюшную полость солевым раствором под давлением в количестве 30—50 л.

Приведена литература, 28 номеров.

Porritt A. F. Хирургия в пустыне. Стр. 255—258.

Описание почти двухлетней хирургической работы в английском госпитале в пустыне на Среднем Востоке.

Engleberger L. S. Медицинская служба на о. Новая Гвинея. Стр. 258—260.

Reed W. C. a. Dillon W. F. Артерио-венозный свищ. Описание 4 случаев. Стр. 261—265. Рис. 3.

Приведена литература, 5 номеров.

Master A. M. Сердечно-сосудистые повреждения на войне. Стр. 265—268.

Приведена литература, 21 номер.

Howell R. P. Гемолитическая реакция при переливании крови, обусловленная pH-фактором. Стр. 269—270.

Описание случая. Приведена литература, 3 номера.

Dietz V. H. Основы изготовления лицевой маски для устройства протезов утраченных частей лица. Стр. 271—280. Рис. 4. Приведена литература, 23 номера.

Camp M. N. Хирургическое отделение постоянного госпиталя в тропиках. Стр. 281—282. Рис. 1.

Stritzler C. В связи с военной службой. Стр. 286—292.

Обсуждается вопрос, в каких случаях расстройство здоровья вследствие болезни или повреждения следует считать связанным с военной службой. Тот же вопрос автор рассматривает также в отношении смерти и самоубийства.

Volk F. N. Травматический тендосиновит в учебном лагере. Стр. 293—296.

Рассматривается 63 случая со средней продолжительностью болезни 5 дней. Приведена литература, 5 номеров.

Baer L. Sh. a. Allen R. F. Предупреждение болезней, распространяемых мухами (Во время военных действий на островах.) Стр. 296—301. Рис. 3.

Рассмотрены: 1) захоронение трупов, 2) устройство кухни и помещений для еды, 3) устройство уборных 4) уборка отбросов, 5) уничтожение взрослых мух, 6) различные мероприятия общего характера. Приведена литература, 5 номеров.

Kaye S a. Castillo I. C. Простой способ определения хлоридов в воде в полевых условиях. Стр. 302—303.

Для определения (количественного) автор пользуется подкисленным раствором азотнокислой ртути, применяя в качестве индикатора раствор С-дифенилкарбазона в метаноле; требуется лишь одна пробирка и одна обычная пипетка. Приведена 1 статья.

Ranney A. B. Применение для транспортировки носилочных больных инженерных приспособлений для пересечения водных преград. Стр. 303—305. Рис. 5.

Rosenbaum L. Госпитальный табулятор. Стр. 306—307. Рис. 1.

Простое приспособление для наглядного обозначения занятых и свободных мест в различных отделениях госпиталя.

Salvato J. A. a. Heiman V. Применение кимограммы в статистике заболеваемости в военных госпиталях. Стр. 307—308. Рис. 2.

Изготовление дешевого импровизированного биофотометра. Стр. 308—311. Рис. 3.

Редакционная статья (I. M. P.) Помощь ослепшим военнослужащим. Стр. 312.

Общий план помощи. Неожиданно выяснилось, что по армии США установлено только 70 случаев слепоты, а по военному флоту 3 случая.

№ 6 — июнь

Johnson L. W. Санитарные проблемы тропической передовой базы. Стр. 325—335.

Porritt A. F. Ортопедическая хирургия в лечении ран. Стр. 335—336.

Краткое сообщение о работе хирурга в базовом английском госпитале на Среднем Востоке с показанием принятых методов лечения переломов и повреждений суставов. Рекомендуется записывать важнейшие данные на самой гипсовой повязке («гипсограммы»).

Aserrott P. B. Хирургия во время военных действий в пустыне. Стр. 337—339. Рис. 1.

Описана организация перевязочного пункта.

Gooch J. O. a. Gorby A. L. Применение сульфатиазола для профилактики гонорреи. Стр. 339—344.

Описано профилактическое применение сульфатиазола в 5 902 случаях. Средство принималось внутрь в количестве до 2 г с хорошим успехом.

Hergel F. K. Медицинское исследование поступающих на военную службу; наблюдения врача. Стр. 345—350.

Общий очерк — лекция студентам старшего курса.

Magrath J. L. Вытяжение мягких тканей после ампутации — новый способ. Стр. 373—374. Рис. 1.

Greenbaum H. Приспособление для мытья рук в полевых условиях. Стр. 374—376. Рис. 5.

Редакционная статья. (I. M. P.). По вопросу об ампутациях. Стр. 377.

По поводу нелепых слухов о бойцах, которым якобы ампутировали обе руки и обе ноги, сообщается, что таких случаев в армии США не было ни во вторую, ни в первую мировую войну. Известно о 58 случаях ампутации в последнюю войну двух конечностей у одного человека. Никто из состава вооруженных сил не подвергался ампутации большего числа конечностей.

Д-р медицинских наук Л. М. Старокадомский

★

СОДЕРЖАНИЕ

Проф. М. С. Вовси. Терапевтическая помощь в Красной Армии 3
Проф. А. В. Вишневский. Почему не надо часто перевязывать рану 8
М. К. Карпов. Противоэпидемическое обеспечение наступательных операций в Прибалтике 16
А. А. Колачев. Материалы к клинике и терапии так называемого острого инфекционного капилляротоксикоза 21
Н. А. Куличков и В. А. Жмур. Газовая инфекция по материалам ХППГ 31
Х. Д. Гаджиев. Профилактика и лечение травматического шока 37
М. А. Уманский. Заболевания сердечно-сосудистой системы 42
Е. Н. Игнатьев. Санобеспечение стрелкового батальона в наступлении в лесисто-болотистой местности в Карелии 43

ОБМЕН ОПЫТОМ

И. И. Мнацаканов. Холодная стерилизация резиновых перчаток моносептом 45
В. С. Тихонов. Ретрактор новой конструкции 45

ИЗ ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Проф. Г. М. Попов. К истории военно-медицинской подготовки врачей в России . . . 47

РЕФЕРАТЫ

Пенициллин при лечении военной травмы (British Medical journal, № 4356), 1944 53

CONTENTS

Prof. M. S. Vovsi. Therapeutical aid in the Red Army . . 3
Pror A. V. Vishnievsky. Why it is not necessary to dress the wounds often 8
M. K. Karpov. Antiepidemic security of the offensive operations in Pribaltic 16
A. A. Kolachev. The data to the clinics and therapy of the so-called acute infectious capillarotoxicosis 21
N. A. Kulichkov a. V. A. Jmur. Gas infection after the data of S. F. A 31
Kh. D. Gadjiev. Prophylaxis and treatment of the traumatic hock 37
M. A. Umansky. The illnesses of the cardio-vascular system . 42
E. N. Ignatiev. Sanitary security of the rifles in the offensive through the woody marshland in Karel a 43

INTERCHANGE OF EXPERIENCE

I. I. Mnatsakanov. The cold sterilizatton of the rubber gloves with the monosept . . 45
V. S. Tikhonov. A retractor of a new construction 45

FROM THE HISTORY OF THE MILITARY MEDICINE

Prof. G. M. Popov. To the history of the military medical preparation in Russia 47

ABSTRACTS

Penicillin in the treatment of the war trauma (British Medical Journal, No 4359, 1944) 53

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФИЯ

Проф. Н. Н. Еланский. Рецензия на книгу А. П. Фрумкина «Военная травма мочеполовой системы» . . . 58
Доц. В. Мошков. Рецензия на изд. Наумова и Ключникова «Лечебная физкультура в ГЛР» 59
Д-р медицинских наук Л. М. Старокадомский. Обзор статей, опубликованных в журнале The Military Surgeon за 1944 г. 61

CRITICISM AND BIBLIOGRAPHY

A. P. Frumkin. The war trauma of the genito-urinary system, rev. by prof. N. N. Elansky 58
Naumov and Klinchnikov. Medical physical culture in the Hospital for the mildly wounded, rev. by Doc. V. Moshkov 59
L. M. Starokadomsky, M. D. A survey of the articles inserted in the journal The Military Surgeon for year 1944 61

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ КРАСНОЙ АРМИИ

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

7—8 10-12

ИЮЛЬ — АВГУСТ

МЕДГИЗ
1945

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
КРАСНОЙ АРМИИ

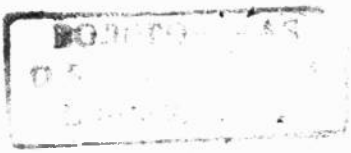
ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ
Ответственный секретарь
полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ

Члены редколлегии:
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-полковник медицинской службы Н. Н. БУРДЕНКО,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал-лейтенант медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН

7—8

ИЮЛЬ—АВГУСТ



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МОСКВА—1945

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 140

Отв. редактор Е. И. Смирнов

Издается с 1823 г. А02159. Подписано к печати 7/III 1946 г. Печ. л. 5.
Уч.-изд. л. 7,9. Знаков в 1 п. л. 70 тыс. Цена 4 р. Заказ 2856.

Типография «Красное знамя» изд-ва ЦК ВЛКСМ «Молодая гвардия», Москва, Сущевская, 21.
Печатали в Загорской типографии, г. Загорск, Моск. обл.

Генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ

О ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ В МЕДИЦИНСКИХ ИНСТИТУТАХ

Кафедры военно-медицинской подготовки, организованные в медицинских вузах, призваны сыграть огромную роль в деле обучения медицинских кадров основам военной медицины.

Подавляющее большинство врачебного состава медицинской службы армии во время больших войн составляют врачи запаса. Несомненно, что кадровые врачи как в войнах прошлого, так и в настоящей войне являлись костяком, имеющим большое организующее значение. Однако успешное осуществление задач военной медицины в значительной мере зависит от соответствующей подготовки многих тысяч гражданских врачей, призываемых в армию в период мобилизации и во время войны. Медицинская квалификация этих врачей, уровень их военной и военно-медицинской подготовки — фактор, в значительной степени определяющий успех медицинского обслуживания боевых действий войск. Вот почему в целях лучшей организации медицинской службы Красной Армии наше внимание и наши усилия должны быть направлены и на должную постановку военной и военно-медицинской подготовки в медицинских вузах. Всякие ошибки в этом отношении, как показывает опыт Отечественной войны, не проходят даром и ухудшают качество и эффективность нашей работы.

Годы Отечественной войны научили нас многому. Многие кабинетные расчеты и положения, имевшие хождение в военно-медицинской литературе и учебниках, не выдержали испытания на войне. С точки зрения современной медицинской науки и опыта, приобретенного военной медициной в прежние войны, они оказались отсталыми и даже вредными. Исходя из приобретенного опыта, нужно обучить будущего врача правильному пониманию основ военной медицины, нужно воспитать у него умение правильно оценивать боевую обстановку и сообразно с ней умело применять свои специальные военно-медицинские знания.

Опыт Отечественной войны требует пересмотра не только ряда положений и расчетных норм, но и методики преподавания. Не ставя перед собой целью подробно анализировать все существенно важные вопросы, попытаемся разобрать несколько принципиальных положений, касающихся содержания и методики преподавания основ военной медицины.

При изложении структуры наших медицинских учреждений и организации медицинского обеспечения Красной Армии принято пользоваться схемами. Схема помогает лучшему восприятию, облегчает усвоение материала и делает его изложение более доходчивым. Это несомненно важный и целесообразный методический прием. Однако даже хорошо составленная схема в руках методически не подготовленного преподава-

теля может оказаться вредной. В боевой деятельности войск взаимодействие отдельных подразделений и учреждений медицинской службы, объем их работы часто меняются в зависимости от сложившейся боевой и медико-санитарной обстановки. Элементы боевой обстановки, влияющие на работу медицинских учреждений, нельзя показать на схемах принципиального, общего характера, а поэтому пользоваться подобными схемами нужно умело. Преподаватель должен понимать, что схема, излагающая, скажем, организацию службы, вскрывает только штатно-организационное взаимодействие отдельных подразделений и учреждений или отдельных элементов службы, а отнюдь не дает решения лечебно-эвакуационного обеспечения для различных случаев боевой деятельности войск.

К сожалению, и сейчас можно часто встретить преподавателей, преподносящих студентам вместо хорошо продуманных и умело преподанных элементов боевой и медико-санитарной обстановки для принятия решения готовые шаблонные схемы. Такие преподаватели требуют от студентов заучивания схем, вместо того чтобы добиться понимания ими основных принципов и дать представление о многообразии возможных ситуаций в различных условиях боевых действий войск.

На кафедрах военно-медицинской подготовки можно и нужно пользоваться схемами, но при том условии, что они будут иллюстрировать сложившуюся обстановку и наиболее целесообразное решение в конкретных условиях боевой деятельности войск. Нельзя допускать, чтобы схемы медицинского обеспечения рассматривались и изучались без учета вида боя (наступательный, оборонительный и т. д.) и всех элементов обстановки, характерных для данного боя (местность, время года, силы и оснащенность своих войск и войск противника, наличие средств медицинской службы и т. п.). Расстановка медицинских учреждений, объем их работы, организация лечебно-эвакуационного и санитарно-эпидемиологического обеспечения зависят в целом не столько от общеизвестных нормативов, сколько от многообразных боевых обстоятельств, места и времени. Следовательно, задача не в том, чтобы красочно изложить какую-нибудь абстрактную схему, хотя бы отвечающую положениям уставов и наставлений, а в том, чтобы научить оценивать и понимать влияние различных видов боя и различных элементов боевой обстановки на организацию медицинского обеспечения.

Только так нужно пользоваться схемой, этим важнейшим методическим оружием в руках педагога.

В довоенных официальных источниках, в справочниках и в специальной военно-медицинской литературе очень широко распространены различные расчеты убыли больными и ранеными, а также нормы боевых потерь. Общеизвестны, например, расчетные нормы, гласящие, что убыль больными, нуждающимися в госпитальном лечении, на 1 000 человек личного состава в сутки исчисляется: на отдыхе — 2—3 человека, при перевозке по железной дороге — 3—4 человека, в походе — 3—5 человек. Эти нормы и расчеты преподаются студентам, изучаются врачами и по сие время продолжают довлеть над умами не только преподавателей военно-медицинских дисциплин, но и некоторых руководящих военно-медицинских работников. Преподавание таких норм может принести большой вред. Вместо того чтобы развивать у студентов понимание всех причин, влияющих на заболеваемость в войсках, прививать им способность анализировать эти причины, преподаватель преподносит им готовый трафарет. Это вносит в нашу практическую деятельность шаблон, какие-то средние величины, не связанные с влиянием разнообразных факторов на

происхождение заболеваемости. За основу взяты только некоторые частные случаи деятельности войск (отдых и марш), причем совершенно игнорируются все другие элементы обстановки, сплошь и рядом имеющие решающее значение (например, эпидемиологические и иммунологические факторы, физическое состояние личного состава войск, время года, климат и пр.).

Опыт войны показывает, что заболеваемость в войсковых частях и соединениях колеблется в широких пределах, которые далеко не определяются одним лишь видом деятельности войск. Так, например, за период 6—24 апреля 1944 г. во время марша в N-ской гвардейской стрелковой дивизии заболеваемость, потребовавшая госпитализации, выражалась в среднем в 1—1½ на 1 000 человек состава в день. Та же дивизия за период обороны и отдыха с 8 по 30 мая в среднем имела заболеваемость свыше 2 на 1 000 человек состава в день. Вопреки трафаретным расчетным нормам, по которым заболеваемость при расположении на месте уменьшается, она увеличилась почти вдвое по сравнению с периодом марша. Еще более значительные колебания можно отметить в войсковых частях. Например, в стрелковом полку той же дивизии заболеваемость на марше за время с 6 по 24 апреля составляла в среднем за сутки менее 1 на 1 000 человек личного состава, а за период с 23 апреля по 1 мая, также на марше, достигла около 4 в сутки на 1 000 человек состава. При этом следует отметить, что в остальных двух полках дивизии заболеваемость в этот же период была в три раза меньше, чем в указанном выше стрелковом полку.

Приведенные цифры говорят о том, что один только вид деятельности войск не может обусловливать размеры заболеваемости. Они говорят также о том, что трафаретные нормы и расчеты заболеваемости войск оказываются в ряде случаев резко завышенными. Такие нормы в самой основе ненаучны, они приучают к шаблону и воспитывают людей, не способных правильно изучать и анализировать условия боевой обстановки для профилактических целей, для правильной организации работы.

К такому же разряду относятся пользующиеся не меньшей известностью расчеты боевых потерь. Согласно этим широко распространенным расчетам, рота за несколько часов боя имеет среднюю боевую убыль от 40 до 60% состава, полк за сутки 30—40%, дивизия за 2—3 суток — до 25% личного состава и т. д. Опыт Отечественной войны с очевидностью показывает, что эти нормы, составленные безотносительно к виду боя и не учитывающие элементов боевой обстановки, влияющих на размеры потерь, — не более как вредная выдумка. Их невозможно обосновать и опытом прошлых войн. Приведу несколько примеров. В крымскую войну в бою у Черной речки 4 августа 1855 г. корпус правого фланга в составе 18 800 человек имел потери 6 600 человек, т. е. 37%. Левофланговый корпус из 15 000 потерял 1 370 человек — 9%. В бою при Альме 8 августа 1854 г. Владимирский полк при численности 2 132 человека потерял 1 307 человек (61,3%); Углицкий полк при численности 1 795 человек потерял 142 человека (8%).

В русско-японскую войну в сражении под Тюренченом 17—18 апреля 1904 г. 11-й Восточно-Сибирский стрелковый полк из 3 170 человек своего состава имел потери 691 человек (21,7%); 22-й Восточно-Сибирский стрелковый полк в тот же период из 3 006 человек потерял 240 (7,9%).

В мировую войну 1914—1918 гг. в период Брусиловского прорыва 30-й корпус 8-й армии в наступлении 22 мая (4 июня) потерял около 10% своего состава; 11-й корпус 9-й армии за 22 и 23 мая (4—5 июня) потерял до 45%.

Аналогичные данные можно привести и по опыту Великой отечественной войны. Например, стрелковый полк N-ской стрелковой дивизии в наступлении 22 июня 1944 г. потерял 8% своего состава. Этот же полк

за период с 25 июня по 6 июля 1944 г., т. е. за 12 дней, в преследовании имел потери всего 1,2% состава.

Нет смысла приводить большой цифровой материал, иллюстрирующий весьма значительные колебания боевых и санитарных потерь, показывающих антинаучность и убогое упрощенчество указанных выше стандартных норм. Мы должны раз и навсегда изгнать из нашего методического арсенала этот вредный метод обучения студентов и врачей.

Значит ли это, что нормы вредны и расчеты потерь не нужны? Конечно, нет.

В своей практической деятельности каждый медицинский начальник, организуя медицинское обеспечение предстоящего боя или операции, вынужден производить расчет возможных потерь и соответственно этому расчету готовить и распределять свои силы. Но для этого он должен систематически изучать боевую обстановку, особенно те ее элементы, которые определяют величину боевых и санитарных потерь. Следовательно, он должен в совершенстве владеть методикой изучения и анализа боевой обстановки для того, чтобы правильно определять ожидаемые потери. Именно поэтому нельзя давать ему шаблонные решения и приучать по-бухгалтерски рассчитывать потери. Нужно так построить методику обучения, чтобы врач осознал и усвоил место и значение элементов боевой обстановки, влияющих на размеры потерь, понял бы взаимосвязь и роль их в различных видах боевой деятельности войск.

Научить этому можно только в том случае, если методика преподавания будет базироваться на изложении конкретных примеров, на углубленном изучении сложившейся и возможной обстановки и постоянно развиваемой у студентов способности к анализу ее для определения объема и содержания работы медицинской службы.

Сомнений нет, такая методика преподавания значительно труднее: она требует кропотливого подбора материала, исторических примеров, прекрасного знания дела и высокой методической квалификации руководителей. Но это единственно правильный путь, способный выработать у молодых врачей реальное представление о сложности их деятельности по медицинскому обеспечению боевых действий войск.

Необходимо остановиться еще на одной крупнейшей ошибке, часто повторяемой с кафедр. Речь идет о расчете потребности госпитальной сети для действующей армии. Еще в начале XIX столетия был установлен расчет, просуществовавший вплоть до первой мировой войны, согласно которому для обеспечения армии нужно иметь 10% коек к ее численному составу.

Этот расчет базируется на исчислении потребности в койках на основе средних санитарных потерь. Однако опыт всех войн XIX и XX столетия с очевидностью доказывает, что среднесуточные потери, исчисленные за сколько-нибудь длительный календарный период войны, совершенно не отображают истинной потребности в койках в наиболее напряженные периоды войны.

За весь период войны 1812 г. средние ежедневные потери ранеными составили около 267 человек, а средние ежедневные потери в Бородинском сражении выражались цифрой около 6 408 человек.

За время крымской войны 1854/55 г. средние суточные потери ранеными исчислялись около 279 человек, а в решающих однодневных боях — при Альме — 3 073 человека, при Инкермане — 7 500 человек, при Черной речке — 5 600 человек.

В русско-турецкой войне 1877/78 г. средние суточные потери ранеными составили около 205 человек, а в первом сражении под Плевной — 1 172, во втором — 3 219, в третьем сражении под Плевной, продолжав-

шемся 6 дней, средние суточные потери ранеными составили 1 359 человек. При взятии Горного Дубняка суточные потери выражались в 2 894 человека.

В русско-японской войне 1904/05 г. средние суточные потери за всю войну исчисляются цифрой около 255 человек, а один день боя под Тюренченом дал 1 066 раненых, под Ляояном — 1 920 раненых, а под Мукденом — 2 572 раненых.

Из приведенных исторических примеров видно, что исчислять потребность в койках, базируясь на средние суточные потери, взятые за всю войну или за год, нельзя. Во время наибольших потерь, когда решаются судьбы больших масс раненых, вследствие такого расчета, лучше сказать — просчета, всегда ощущается острый недостаток коек, и медицинская служба не в силах справиться с обслуживанием раненых. В результате — сотни потерянных жизней, сотни инвалидов, не способных даже к труду.

Реальным, отвечающим интересам армии и раненых, является расчет, принимающий во внимание не среднесуточные потери за сколько-нибудь длительный календарный период войны, а потери, получающиеся в период активных боевых действий войск.

Исчисляя потери на этой основе, необходимо иметь для действующей армии коечную сеть в пределах от 20 до 25% к ее численному составу.

Однако общее число коек еще не решает военно-медицинской проблемы. Чрезвычайно важно иметь и все время поддерживать правильное соотношение коек между армейским, фронтовым и внутренним районами и соответствующую специализацию их как внутри каждого района, так и в целом.

Ряд товарищей возводит в нерушимый принцип в свое время опубликованное мной соотношение коек с учетом наших театров военных действий, согласно которому 30% общего коечного фонда должно быть в армейском районе, 45% во фронтовом и 25% во внутреннем районе страны.

Опыт войны учит, что соотношение мощности коечного фонда между армейским, фронтовым и тыловым районами находится в постоянном движении, зависящем от характера и театров военных действий и обстановки на фронтах.

В первый год войны при отходе наших войск под натиском врага обстановка вынудила держать минимально возможное количество коек в армейском районе, с соответствующим перемещением госпитальной сети во фронтовой район и в тыл страны. Переход Красной Армии в наступление и нарастающие темпы ее продвижения привели к необходимости увеличить коечную сеть в армейском и во фронтовом районах.

Война не терпит застоя; для нее непригодны сколько-нибудь длительные стабильные положения и застывшие нормативы. Всякое изменение в боевой обстановке вызывает к жизни соответствующие сдвиги в распределении наших средств и в организации нашей деятельности. Это должно быть известно и твердо усвоено каждым медицинским работником Красной Армии.

Проблема распределения коек далеко еще не исчерпывается вопросом о районировании коечной сети. В современной войне, характеризующейся весьма высокой мобильностью войск, нужно, чтобы значительный процент коечной сети состоял из подвижных госпиталей. Необходимо, чтобы не менее 30—35% коечной сети составляли подвижные госпитали различного профиля, включая в это число и госпитали для лечения легко раненых. Анализ исторических материалов и огромный опыт Отечественной войны учат нас тому, что современная активно действующая армия должна иметь в среднем 8 000—10 000 коек и столько же коек должно быть на каждую армию во фронтовом районе.

Лечебно-эвакуационное обеспечение, построенное на системе этапного лечения с эвакуацией по назначению, отличается от других систем тем, что раненые, нуждающиеся в специализированном лечении, эвакуируются, минуя промежуточные этапы, в соответствующие госпитали, где и лечатся по специальностям. Следовательно, для обеспечения операции недостаточно еще сосредоточить нужное число коек. Необходимо иметь в соответствующем количестве и качестве специализированную коечную сеть и притом правильно дислоцированную на путях эвакуации. В изучении сложных проблем, касающихся численности, специализации и дислокации коечной сети действующей полевой армии в различных видах и условиях боевой деятельности войск, особенно вредны всякие шаблоны и трафареты. Говоря об этом, я хочу подчеркнуть, что изучение основных вопросов военной медицины должно протекать так, чтобы студент не приучался схватывать готовые цифровые выкладки, не вдумываясь в них и не понимая исходных данных для того или иного расчета.

В этом методическая задача преподавателя и кафедры военно-медицинской подготовки в целом.

Значительное внимание в наших программах уделяется важному вопросу об объеме медицинской помощи на различных этапах эвакуации. Этот кардинальный вопрос часто преподносится студентам в виде таблиц или перечня медицинских мероприятий, обязательных для того или иного этапа эвакуации. Следовательно, и здесь повторяется та же методическая ошибка, и здесь в преподавание вносится элемент шаблона. Студенты, искусственно изолированные от обстановки, изучают организацию и деятельность какого-то «среднего» абстрактного ПМП или ДМП. Между тем объем медицинской деятельности любого этапа эвакуации определяется не только местом этого этапа в общей системе лечебно-эвакуационного обслуживания, но и многими другими факторами: боевой обстановкой, наличием и квалификацией врачей, величиной потока раненых, условиями размещения, активностью противника, в частности, его авиации, и многими другими моментами.

Представим ДМП, действующий в условиях жесткой обороны, размещенный в приспособленных блиндажах, имеющий суточный поток раненых в пределах 100—120 человек, при налаженной и бесперебойной эвакуации, осуществляемой средствами санитарного транспорта.

Представим тот же ДМП, действующий на участке прорыва долговременной обороны противника с размещением в тех же приспособленных помещениях, но при суточном потоке раненых в 600—800 человек и затрудненной эвакуации вследствие недостатка специального санитарного транспорта.

Представим, наконец, тот же ДМП, перегруженный ранеными, но вынужденный следовать за своим соединением, далеко продвинувшимся вперед и развивающим наступление. ДМП имеет потери в личном составе и вынужден следовать за соединением, оставляя часть своих средств и сил на старом месте для обслуживания раненых. ДМП должен развертываться в местности, где весь жилой фонд уничтожен, не имея при этом возможности проводить эвакуацию раненых в нужных размерах.

Таких вариантов бывает очень много, и совершенно ясно, что в каждом отдельном случае объем медицинской помощи меняется. Будучи в первом случае максимально широким, объем помощи по мере изменения и осложнения обстановки вынужденно сокращается и становится иным. К этому нужно еще добавить, что объем медицинской помощи каждого этапа эвакуации в большой мере зависит также от условий работы и объема деятельности этапов эвакуации, находящихся впереди и позади него. Все это ставит этапы эвакуации в такие условия, при которых о н и д о л ж н ы постоянно изменять объем оказываемой помощи, то расширяя, то

суживая его. Именно это определяет их способность работать соответственно боевой обстановке. Это является показателем санитарно-тактической и военно-полевой хирургической зрелости их руководителей.

В свете изложенного должно быть ясным, что изучение объема медицинской помощи любых этапов эвакуации «в застывшем виде», путем одного заучивания каких-либо таблиц или перечня медицинских манипуляций, будет крайне вредным.

Нужно знать задачи и штатные средства этапа эвакуации, его место в общей системе медицинского обеспечения; нужно учить молодого врача пониманию характера и объема деятельности этапов эвакуации в результате влияния различных элементов боевой обстановки.

Я упоминал о том, что в основе лечебно-эвакуационного обслуживания Красной Армии лежит система этапного лечения с эвакуацией по назначению. Мы имеем все основания утверждать, что наша система является наиболее передовой, отвечающей современным требованиям военной и медицинской науки. Эта система должна быть исчерпывающим образом изложена будущим врачам, которые должны отлично усвоить ее принципы. Но значит ли это, что все иные формы лечебно-эвакуационного обеспечения навсегда вычеркнуты из жизни? Значит ли это, что ни при каких обстоятельствах нам не придется прибегнуть к системе лечения на месте или к дренажной системе эвакуации?

Опыт Отечественной войны показывает, что в определенных условиях обстановки приходится вновь прибегать к старым методам как единственно приемлемой форме медицинского обеспечения войск в данных конкретных условиях.

Вот несколько ярких примеров из опыта Отечественной войны, подтверждающих это положение.

Летом 1943 г. N-ская гвардейская армия вела жестокие оборонительные бои под Белгородом. В связи с реальной угрозой прорыва немецких войск госпитальная база армии вынуждена была разместиться на ст. Голофеевка, на расстоянии 100—120 км от медсанбатов. Единственно правильным решением при создавшихся условиях было выдвижение вперед (на расстоянии 30—40 км от медсанбатов) двух хирургических полевых подвижных госпиталей (ХППГ), с задачей принимать на себя весь поток раненых для последующей их эвакуации по назначению в госпитальную базу армии. Следовательно, эвакуация по назначению начиналась не с МСБ, а с ХППГ. Не подлежит сомнению, что в этом случае весьма определенно был выражен элемент дренажной системы.

Правильное ли это было решение? Безусловно, правильное; все иные варианты организации медицинского обеспечения при неустойчивости фронта были опасными и грозили потерей госпитальной базы армии.

При нашем весеннем наступлении на Украине в 1944 г. в условиях чрезвычайной распутицы госпитали не могли двигаться за войсковыми соединениями и в некоторых случаях отставали на сотни километров. В связи с распутицей не мог работать и эвакуационный транспорт.

Что можно было сделать в этих условиях? Только одно: организовать лечение на месте, вплоть до размещения раненых на частных квартирах.

Разумеется, это только эпизоды, но они не столь редки, как это принято думать. Самое же главное, они отнюдь не свидетельствуют об отсталости медицинской службы, вынужденной прибегать к старым формам организации медицинского обеспечения, а, наоборот, показывают ее гибкость, ее способность выходить за рамки шаблонных решений. Эти примеры показывают наличие творческой мысли в решении сложных задач по медицинскому обеспечению войск. Они говорят о необходимости знать историю военной медицины, знать методы организации ме-

дицинского обеспечения войск, предшествующие нашей лечебно-эвакуационной системе.

Отсюда вывод первый: система этапного лечения с эвакуацией по назначению является основной и доминирующей формой лечебно-эвакуационного обеспечения Красной Армии. Однако это не исключает необходимости при определенных условиях обстановки прибегать к организации медицинского обеспечения на основе так называемых «старых систем». Вывод второй: нужно изучать различные формы медицинского обеспечения, не допуская упрощенной критики старых систем; нужно умело показать на примерах Отечественной войны, в каких условиях нашли целесообразное и творческое применение эти системы.

При обучении студентов и врачей довольно часто дается совершенно неправильная трактовка такому важнейшему элементу в деятельности полевой медицинской службы, каким является маневр медицинскими средствами.

Чаще всего это понятие отождествляется с простой передислокацией тех или иных этапов эвакуации или лечебных учреждений. Наш современный опыт позволяет уточнить целевую установку маневра средствами медицинской службы и значительно расширить понятие о методах, способах и технике его осуществления.

Ни в одной войне, а в современных войнах, характеризующихся массовыми потерями и быстрой сменой обстановки, и подавно, нельзя быть всюду одинаково сильными. Нельзя воевать, руководствуясь только заранее составленным планом и расчетом. Меняющаяся обстановка вынуждает непрестанно парировать всякие неожиданности, непрерывно перераспределять имеющиеся средства и силы, переключать их с одного участка на другой, вынуждает, наконец, менять методы, формы и объем работы в том или ином месте, на то или иное время. Современная война совершенно не допускает сколько-нибудь длительной стабильности ни в дислокации, ни в деятельности медицинских учреждений.

Короче говоря, в современной войне секрет успеха кроется в правильном, своевременном и умелом маневрировании имеющимися средствами.

В чем же состоит целевое назначение маневра? В применении к лечебно-эвакуационному обеспечению оно состоит не в том, чтобы решить частную задачу передислокации какого-либо учреждения, а в том, чтобы решить основную задачу — обеспечить своевременное оказание квалифицированной медицинской помощи, бесперебойную эвакуацию по назначению раненых и больных и их лечение соответственно характеру и тяжести ранения или заболевания. Это достигается только путем ц е л о г о к о м п л е к с а м е р о п р и я т и й, проводимых в соответствии с изменением оперативной обстановки.

Уместно пояснить существо маневрирования на примере ДМП, о котором говорилось выше. В первом случае, при работе ДМП в относительно спокойных условиях, силы ДМП и начальника санитарного отдела армии были использованы определенным порядком. При массовом наплыве раненых, когда ДМП не справлялся с их обработкой, стало необходимым маневрирование, но отнюдь не путем перемещения ДМП, а путем переключения части потока раненых на соседа или ХППГ первой линии, предельного расширения пропускной способности ДМП, изменения объема оказываемой им помощи, привлечения средств старшего начальника (группы усиления ОРМУ), расширения показаний для эвакуации пешком и автопорожняком и пр. Ход боевых действий в дальнейшем потребовал маневра, в основе которого лежала передислокация ДМП. Но, кроме этого, нужно было также изменить объем и показания к хирургическим вмешательствам и эвакуации, изменить распределение личного состава и его функций, организовать широкое использование автопорожняка для целей эвакуации и пр. Следовательно, в данном случае

маневр далеко не ограничился одной лишь передислокацией ДМП, но затронул использование личного состава, объем медицинской помощи и т. д.

Из сказанного должно быть ясно, что маневр — это сумма мероприятий, направленных к тому, чтобы с изменением боевой обстановки использовать все средства наиболее целесообразно и эффективно, в полном соответствии с требованиями военной и медицинской науки. Примитивное понимание такого важнейшего понятия, как маневр, связывает оперативные возможности всякого медицинского начальника, снижает его инициативу и кругозор и может принести огромный вред. Поэтому крайне важно обучить правильному пониманию этого термина в соответствии с современным уровнем наших знаний и опыта.

Подводя итоги, должен сказать, что, как видно из изложенного, опыт Великой отечественной войны по-новому освещает многие кардинальные вопросы военной медицины. В свете современного опыта и под углом зрения методики преподавания я коснулся лишь небольшой части этих вопросов в надежде, что этим будет облегчена самостоятельная разработка аналогичных проблем.

Основное правило, которому должна быть подчинена методика преподавания, заключается в решительном отказе от изложения трафаретных норм, антинаучных расчетов и шаблонных решений. Нужно научить будущего врача понимать боевую обстановку, научить методу анализа обстановки и пониманию влияния ее элементов на количество и характер боевых потерь, на организацию медицинского обеспечения.

Преподавание организационных вопросов военной медицины — важный раздел в деятельности кафедры военно-медицинской подготовки, однако далеко не главный.

Военный врач в первую очередь должен быть специалистом-медиком, он должен уметь в конкретных боевых условиях применять свои специальные знания в области хирургии, терапии, эпидемиологии и пр.

Формирование врача, удовлетворяющего требованиям службы в Красной Армии, не исчерпывается кафедрой военно-медицинской подготовки, а должно проводиться большинством клинических и теоретических кафедр. Каждая кафедра должна детально на основе современного опыта включить в свою деятельность специфическую тематику и проблемы, важные для врача в военное время.

Обеспечить согласованную работу всех кафедр над обучением и воспитанием врача, способного к деятельности в военных условиях, и есть главная обязанность начальника кафедры военно-медицинской подготовки. Будучи представителем военного командования в гражданском учебном заведении, он обязан знать специфические задачи каждой кафедры, выявлять дефекты ее работы в области военной подготовки и принимать меры к их устранению.

В оценке качества и эффективности работы начальника кафедры военно-медицинской подготовки мы будем исходить из того, насколько данный институт понял и освоил специфические военные требования к подготовке студентов, насколько умело он обучает своих воспитанников этой специфике.

Сейчас мы имеем все условия и все возможности для образцовой организации военно-медицинской подготовки в высших медицинских учебных заведениях. Сознавая всю государственную важность этого дела, мы обязаны добиться, чтобы выпускаемые из институтов молодые специалисты были достаточно хорошо подготовлены к службе в Красной Армии как в мирное, так и в военное время.

★

Гвардии майор мед. службы С. Е. ТКАЧЕВ

500 СЛУЧАЕВ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЙ ЖИВОТА

Судьба раненного в живот, как известно, зависит от времени, прошедшего с момента ранения до оперативной помощи. Время поступления раненых на операционный стол в значительной степени обусловливается состоянием санитарного обеспечения их, в частности, своевременной эвакуацией раненых с поля боя. Раненный в живот должен быть как можно скорее доставлен в МСБ.

500 случаев проникающих ранений живота, прошедших через наш МСБ, составляют 3,51% к общему числу раненых.

Соотношение между проникающими и непроникающими ранениями, по литературным данным, представляет мало колеблющуюся величину. По нашим данным, проникающие ранения составляют 78,3%, непроникающие — 21,7% всех ранений в живот.

Значение раннего хирургического вмешательства для исхода ранения в живот иллюстрируется следующими данными: поступило в МСБ до 1 часа с момента ранения 2,5%, из них умерло 25%; от 1 часа до 6 часов — 21,45%, из них умерло 26%; от 6 до 12 часов 37,8%, из них умерло 40,6%; от 12 до 18 часов 17,9%, из них умерло 51,7%; от 18 до 24 часов 10,6%, из них умерло 63,6%; позже 24 часов 9,7%, из них умерло 66,6%.

Таким образом, лучший исход мы получили у оперированных, поступивших в период от 1 до 12 часов с момента ранения. Смертность прогрессивно нарастала с увеличением времени после ранения.

Статистика, по Краске, показывает даже полную безнадежность оперативного вмешательства по истечении 30 часов с момента ранения, но, по нашим данным, относительно большой процент тяжело раненных в живот остается после операции в живых, хотя срок поступления с момента ранения достигает суток и больше.

Мы оперировали 70,8% из числа раненных в живот; 29,2% оказались неоперабильным. Три четверти раненых этой группы поступили в МСБ в агональном состоянии и через 3—5 минут скончались; у остальных проводилась настойчивая борьба с шоком, кровотечением, но и эти раненые погибли.

По вопросу о неоперабильности мы пришли к следующему выводу. Если есть хотя бы незначительное прогрессивное улучшение общего состояния раненного в живот после применения всевозможных укрепляющих и противошоковых средств, необходимо его оперировать.

Предсказать операбильность и неоперабильность случая, не зная степени повреждения органов брюшной полости, в большинстве случаев невозможно.

Нами отсортировывались без операции те случаи, которые сопровождались тяжелым шоком и внутрибрюшинным кровотечением. Нередко мы встречались с ранениями живота, когда общая и клиническая картина не говорила о «трагедии» в брюшной полости и только во время операции нам становилось ясным, что случай неоперабильный.

Тяжесть ранения определяется в большинстве случаев характером ранящего снаряда. Как известно, слепые осколочные ранения всегда дают худший исход, во-первых, потому, что сам осколок, проделывая

раневой ход, производит более сильные разрушения и, во-вторых, при этих ранениях имеется больше шансов на занесение инфекции (инородные тела). В случае необнаружения осколка во время операции в послеоперационном периоде возникает ряд серьезных осложнений, отягощающих состояние раненого. В последнее время мы зарегистрировали 5 случаев ранений в живот разрывными пулями. Этот вид ранений мы назвали «варварским». В брюшной полости обнаруживалось до 10—15 осколков пули, кишечник во многих участках был разорван; одновременно отмечалось ранение паренхиматозных органов, брыжейки, сальника, почек и мочевого пузыря. Все эти случаи окончились летально.

Среди наших случаев слепых осколочных ранений было 53,6% (умерло 49,3% больных); сквозных — 16,3% (умерло 41,1%); пулевых слепых было 14,1% (умерло 33,9%); сквозных — 15,8% (умерло 34,7%).

Пулевые ранения дали лучшие исходы.

Общая послеоперационная смертность, по нашим данным, составила 43,3%. На операционном столе погибло 22% общего числа умерших (причина — тяжесть ранения), через час после операции — 2,8% (причина интоксикация и тяжесть ранения), через 1—2—5 суток—57,7% (причина — перитонит), умерло от других причин (газовая гангрена, пневмоторакс, ранение черепа) — 8,1%, умерло через 6 суток с момента операции — 20,4% (причина — поздние перитониты), вследствие кровопотери и последующего шока — 5,8%.

Причиной смерти после операций по поводу ранения живота в большинстве случаев является ранняя или поздняя интоксикация на почве разлитого перитонита.

Подготовка раненного в живот к операции начинается сразу после его поступления в МСБ. Если имеются явления шока, раненый выводится из этого состояния. По нашим данным, в 78,9% мы встретились с различной степенью шока.

Раненному в живот перед операцией мы вводили морфин или, если было нужно, сердечные средства. При кровотечениях в брюшную полость следовала немедленная операция с переливанием крови. В зимнее время процент смертности после операций в брюшной полости, по нашим данным, равняется 54,3, поэтому подготовительные мероприятия в зимнее время нами проводились особенно тщательно.

Диагностика ранений в живот в условиях МСБ затруднена, особенно при слепых ранениях, главным образом из-за отсутствия рентгеновской установки. Диагностику ранения живота маскирует и шоковое состояние в разной форме; хотя оно и не является патогномоничным симптомом, но наличие его увеличивает вероятность проникающего ранения.

У раненного в живот, в зависимости от времени, прошедшего с момента ранения, и от общего состояния, превалируют те или иные симптомы. Учащение пульса с хорошим наполнением его, изменение характера дыхания, урежение пульса — вспомогательные симптомы в диагностике ранения живота. В 80% мы встретились с ранеными, которые указывали на ограниченную, а чаще разлитую боль в животе; исключение составляли случаи, сопровождающиеся торпидной и, редко, эретической стадией шока.

У раненного в желудок, как правило, рвота является патогномоничным симптомом, в остальных случаях она непостоянна. Стул в большинстве случаев задержан, язык сух и нередко обложен.

Напряжение мышц брюшной стенки, считающееся одним из основных симптомов «острого» живота, по нашим наблюдениям, не во всех случаях отмечено. Его нет при ранениях суточной и большей давности, когда у раненого наступают явные признаки интоксикации; такое же явление мы наблюдали при быстро развивающихся и обильных кровотечениях в брюшную полость.

В крайне затруднительных для распознавания случаях мы, если позволял ход раневого канала, убеждались по характеру первичной обработки — проникающее ли это ранение, и затем делали лапаротомию. Выжидательная диагностика никогда не допускалась; в сомнительных 8 случаях мы делали пробную лапаротомию.

При операциях мы старались следовать всем известному принципу: как можно скорее войти в живот и быстрее выйти.

Операция чревосечения является травматизирующим вмешательством; уже во время операции имеется много шансов на развитие шокового состояния. Оно тем вероятнее, чем продолжительнее оперативное вмешательство. Помня это, мы всегда поручали операцию хирургам, обладающим опытом и владеющим хорошей оперативной техникой.

Разрезы по средней линии живота делались достаточно большие, за исключением случаев с явлениями эвентрации, когда операция начиналась по типу первичной обработки, а затем рана расширялась и вмешательство заканчивалось как лапаротомия.

По продолжительности оперативного вмешательства наши случаи распределяются следующим образом: операция длилась до 30 минут в 6,9% случаев, умерло 5,5% больных, до 45 минут — в 17,3%, умерло 31,4%, до 60 минут — в 33,1%, умерло 38,2%, до 2 часов — в 28,2%, умерло 46,9%, свыше 2 часов — в 15,3%, умерло 79,1%.

Таким образом, лучший исход мы получили в тех случаях, когда операция продолжалась от 30 минут до 1 часа.

Для обезболивания мы пользовались эфиром, новокаином и гексеналом. Местная анестезия применена была в 18,5% случаев при смертности в 36,2%, эфир — в 70,3% при смертности в 40,6%, гексенал — в 7% при смертности в 40,8% и спинномозговая анестезия — в 4,2% при смертности в 59,8%.

Местная анестезия, которая дает лучшие результаты, может быть применена лишь в случаях единичных поступлений раненных в живот. Эфир во многих случаях отягощает состояние раненого, а поэтому в случаях шока даже средней тяжести хирург вынужден оперировать под местным обезболиванием, так как операция под эфиром может повести к быстрому летальному исходу (нередко на операционном столе).

Частота повреждений различных органов и исходы ранений характеризуются следующими данными: ранения толстого кишечника—оперировано 12,2%, умерло 66%, ранения тонкого кишечника—оперировано 17,6%, умерло 37,1%, ранения толстого и тонкого кишечника — оперировано 13,8%, умерло 70,7%; ранения комбинированные (грудная и брюшная полость с повреждением кишечника и паренхиматозных органов) — оперировано 8,8%, умерло 79,1%, ранения кишечника в комбинации с ранением туловища и конечностей — оперировано 9,9%, умерло 41,3%; ранения печени и кишечника — оперировано 8,9%, умерло 50%, почки и кишечника — оперировано 4,6%, умерло 61,5%, желудка — оперировано 3,8%, умерло 8,3%, желудка и кишечника — оперировано 4,8%, умерло 62,3%, селезенки — оперировано 2,4%, умерло 14,2%; селезенки и кишечника — оперировано 2,4%, умерло 42,8%, ранения мочевого пузыря в комбинации с кишечником — оперировано 2,8%, умерло 62,5%, ранения сальника и брыжейки — оперировано 3,2%, умерло 0%, пробные лапаротомии и прободные ранения без повреждения кишечника — оперировано 4,8%, умерло 0%.

Следовательно, большинство раненых поступило с изолированным повреждением тонкого кишечника и кишечника вообще. Большой процент комбинированных ранений объясняется большим количеством осколочных множественных ранений с несколькими проникающими раневыми отверстиями.

Самыми тяжелыми являются случаи комбинированных повреждений грудной и брюшной полости. Ко второй группе по тяжести относятся ранения толстого и тонкого кишечника, к третьей — ранения толстого кишечника.

При вскрытии брюшной полости мы обычно выясняли источник кровотечения и тотчас его устраняли.

Необходимо отметить, что большинство раненых, поступивших с давностью ранения от 12 и выше часов с кровотечением в брюшную полость, чувствовали себя неплохо.

Кровотечение в этих случаях, как правило, останавливалось самопроизвольно. В брюшной полости определялась масса кровяных сгустков с примесью жидкой крови. В этих случаях имелось повреждение печени, селезенки, сальника, брыжейки и частично кишечника. Кровотечение из нижнего отдела печени останавливалось за счет тампонады сальником, из селезенки при небольших ее повреждениях останавливалось самопроизвольно.

При ранениях сальника, кишечника и брыжейки места кровоточащих сосудов покрываются мелкими кровяными сгустками. Патологоанатомическая картина обычно соответствует тем изменениям, которые мы наблюдаем при разлитых и ограниченных перитонитах.

После остановки кровотечения мы начинали быструю, системную ориентировочную ревизию органов брюшной полости, за ревизией следовало устранение повреждений.

Объем нашей хирургической помощи характеризуется следующими данными.

Ушивания и резекции тонкого кишечника были сделаны в 11% случаев, умерло 71,1%, толстого кишечника — в 1,8% случаев, умерло 83,3%; ушиваний желудка и кишечника было сделано 8,6%, тонкого кишечника — 19,5%, толстого — 19,3%; удаление селезенки было произведено в 1,6%, ушивание и тампонада селезенки сальником—в 2,8%, ушивание печени с тампонадой сальником — в 4,8%, тампонада печени по Микуличу — в 1,6%, вшивание в рану толстого кишечника — в 2,5%, высокое сечение мочевого пузыря — в 1,6%, удаление почки и ушивание кишечника — в 1,6%, ушивание диафрагмы при комбинированных ранениях — в 3,2%, резекция сальника — в 2,2%, пробные лапаротомии — в 1,6%.

При ревизии кишечника, как указывает Банайтис, необходимо тщательно просматривать кишечник и обследовать субсерозные гематомы, чтобы убедиться в том, что эти участки кишечника находятся в безопасности. Он рекомендует делать насечки на серозной оболочке кишечника. К этому мероприятию мы прибегали только в случаях ранения кишечника в месте прикрепления брыжейки (внутрибрыжеечное ранение).

При множественном рваном ранении тонкого кишечника мы делали резекцию кишечника; ушивание концов кишки «конец в конец» было произведено в 80% случаев, «бок в бок» — в 20% случаев. Резекция кишечника является крайне тяжелой операцией для раненого, а поэтому в тех случаях, где ее можно избежать, лучше ее не делать.

При рваных и множественных ранах толстого кишечника мы прибегли в 6 случаях к резекции его; 5 из них окончились летально. Вшивание в рану толстого кишечника мы произвели в 2,5% случаев; послеоперационное течение у таких раненых проходило хорошо. Раневые отверстия в тонких кишках мы ушивали двухрядными кетгутовыми швами, в толстом кишечнике — двухрядными шелковыми швами с последующей тампонадой свободным сальником.

При комбинированных ранениях почки и кишечника операция должна начинаться с лапаротомии и устранения повреждений кишечника.

Операция на почке может быть отложена (за исключением кровотечения из раны).

Самыми тяжелыми являются комбинированные ранения грудной и брюшной полости с массивным разрывом диафрагмы. В этих случаях мы всегда начинали операцию с лапаротомии. При рваных ранах печени с целью гемостаза мы накладывали швы с тампонадой свободным сальником. В случаях боковых обширных рваных ран печени мы накладывали швы и затем следовала тампонада по Микуличу.

Ранения печени без повреждения кишечника дают благоприятный результат. Раневое отверстие в диафрагме, если оно не рваное, не ушивается. Рваные раны диафрагмы, как правило, ушивались двухрядными кетгутовыми швами с тампонадой свободным сальником.

В случаях небольших рваных повреждений селезенки (верхнего или нижнего ее полюса) мы производили частичную ее резекцию и ушивание с тампонадой сальником. Центральные повреждения селезенки с разрушением сосудистой ножки, как правило, заканчивались ее удалением.

Ранения желудка без повреждения кишечника дают прекрасные результаты, ушивание ран производилось после иссечения краев их двухрядными швами по Ламберту.

При комбинированных ранениях мочевого пузыря и кишечника лучше производить высокое сечение — ушивание ран мочевого пузыря при наличии в брюшной полости большого количества содержимого кишечника является бессмысленной операцией и, как правило, ведет к летальному исходу.

После устранения повреждений органов брюшной полости мы делали окончательную осушку ее и повторную ревизию с последующей обработкой кишечника антисептиком. Операция заканчивалась зашиванием брюшной полости «наглухо». Антисептическое вещество (стрептоцид) должно быть засыпано главным образом в малый таз и отлогие места брюшной полости.

Из антисептических средств мы применяли риванол, риванол со стрептоцидом, стрептоцид и фаги.

Риванол применялся нами в 31,3% случаев (умерло 50% больных), риванол и стрептоцид — в 22,6% (смертность 43,5%), только стрептоцид — в 41,3% (смертность 35,3%) и фаги — в 4,8% (смертность в 73,3%).

По нашим данным, лучшие исходы были после применения стрептоцида.

Зашивание брюшной полости производилось в большинстве случаев шелком. В 6 случаях мы встретились с эвентрацией кишечника на почве расхождения швов; все эти случаи после повторного зашивания закончились благополучно. В 26 случаях в брюшную полость вводились марлевые тампоны. Это были случаи, когда сальник и брыжейка были до такой степени пропитаны каловыми массами, что полностью очистить их так и не удалось.

Успех оперативного вмешательства зависит не только от своевременной и быстро сделанной операции, но и от послеоперационного ухода. В случае падения кровяного давления мы немедленно производили переливание крови.

Всем послеоперационным раненым для борьбы с обезвоживанием организма назначался физиологический раствор капельным путем в следующих соотношениях (в кубических сантиметрах: подкожу: первые сутки 5 000, вторые — 4 000, третьи — 3 000, четвертые — 2 000—3 000, пятые — 2 000, шестые — 1 000. Внутривенно: первые сутки 2 500, вторые — 1 500, третьи — 800.

В первые сутки после операции назначается 2 раза морфин. В борьбе с явлениями пареза кишечника мы применяли гипертонические клиз-

мы (100 см³), вливание внутривенно гипертонического раствора (30—40 см³), сифонные клизмы, поясничную блокаду, промывания желудка. Энтеростомию по Юдину мы делали в 36 случаях; нужно отметить полезность и эффективность этого технически простого метода.

Центральное место в послеоперационном уходе мы отдаем профилактике послеоперационных пневмоний. С этой целью мы применяли легочную гимнастику с вдыханием кислорода 3 раза в первые сутки и по 2 раза в течение 2—3 дней, введение 20% камфоры по 3 см³ и 1 см³ эфира в течение 2 суток по 2 раза в сутки.

При такой профилактике мы с пневмониями встречались в единичных случаях.

Для поддержания сил раненого мы назначали со 2-го дня по 50 см³ вина. Жидкие блюда назначались с 3-го дня. Госпитализация раненых после операции в брюшной полости длилась 8—10 суток.

★

Полковник мед. службы А. Я. ФЛЕРОВСКИЙ

К ТЕХНИКЕ ОПЕРАЦИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ОСТЕОМИЭЛИТОВ

Проф. С. С. Юдиным прекрасно разработана техника первичной обработки огнестрельных переломов с последующим наложением глухого гипса. Она дала блестящие результаты. Раненые с огнестрельными переломами бедра в глухом гипсе после тщательно проведенной первичной обработки хорошо переносят длительный транспорт, иногда в 10—16 дней. По снятии гипса мы нередко находим раны, зажившие хорошим линейным рубцом.

Причину этого нужно искать в осуществлении той триады, которую выдвинул С. С. Юдин: «первичная обработка», сульфамидные препараты и глухая гипсовая повязка; это является не только лечением огнестрельных переломов, но и наилучшей профилактикой огнестрельных остеомиэлитов.

В тыловых ЭГ приходится иметь дело уже с осложнениями ранений, среди которых на первом месте стоят остеомиэлиты иногда с обширным нагноением мягких тканей и с гнойными затеками. Их приходится оперировать, причем в каждом отдельном случае объем оперативного вмешательства может быть различным, начиная от простого удаления секвестров и кончая кровавой репозицией и резекцией суставов. В последнем случае операцию необходимо закончить длительной и совершенной иммобилизацией в глухой гипсовой повязке.

Обычно послеоперационная рана и контрапертуры тампонируются, накладывается повязка, а потом уже глухой гипс. Через несколько дней вырезаются окна, что влечет за собой пролабирование мягких тканей, отек их; нарушается и прочность иммобилизации, и самый принцип глухой гипсовой повязки.

Перенесение методики проф. Юдина целиком в операцию при огнестрельных остеомиэлитах нелогично. Если при свежем огнестрельном переломе можно иссечь размозженные ткани, удалить инородные тела и сделать рану практически стерильной, то при огнестрельном остеомиэлите ничего подобного достигнуть нельзя, так как инфекция может гнездиться глубоко в тканях. Ввернутые в глубину края кожи могут только закупоривать инфекцию, прикрывая края инфильтрированных и инфицированных мышц. Зияние и, следовательно, дренаж раны в результате такой операции при огнестрельных остеомиэлитах недо-

ВОЛ... ...ЯЯ

статочны, потому что ткани обычно инфильтрированы, с обширной рубцовой тканью вокруг, которая сжимает рану и не допускает ее зияния.

Все это заставило нас изменить методику проф. Юдина в применении ее к огнестрельным остеомиэлитам. Операция заканчивается наложением толстых кетгутовых нитей на края послеоперационной раны с захватом глубоких тканей и кожи; этими же нитями прошивается ближайший край контрапертуры, нить туго натягивается и завязывается. Этим обеспечивается зияние послеоперационной раны и контрапертуры с выворотом их краев наружу. Когда в производстве контрапертур нет необходимости, тогда на коже, на некотором расстоянии от послеоперационной раны и параллельно ей, делаются насечки в 0,5—1 см, к которым и подтягиваются толстым кетгутом края послеоперационной раны, что полностью обеспечивает ее зияние и дренаж (рис. 1).

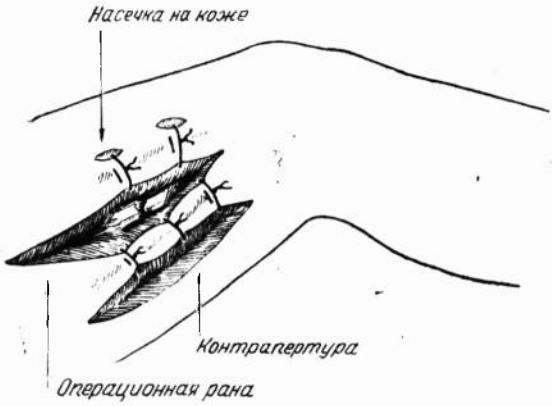


Рис. 1

На раневую поверхность накладывается глухой гипс. Если нет показаний к более раннему его снятию, то через $1^1/_2$—2 месяца раны обычно по снятии глухого гипса оказываются зажившими хорошим линейным рубцом; проведенные нами таким методом несколько операций по поводу огнестрельных остеомиэлитов и резекций суставов дали хороший результат.

Пример. Больной с панартритом локтевого сустава после рожи с поражением суставных поверхностей костей, с гнойными затеками в области сустава и плеча; гнойник под большой грудной мышцей, тяжелое септическое состояние. Сделана резекция локтевого сустава и контрапертуры, зияние которых обеспечено по нашей методике.В подмышечной области вскрыт гнойник и края раны вывернуты и подтянуты к насечкам на коже (рис. 2). Через 2 месяца гипс снят; почти все раны зажили, в некоторых местах остались только небольшие грануляционные поверхности, которые быстро заэпителизировались. Больной выписался в хорошем состоянии.

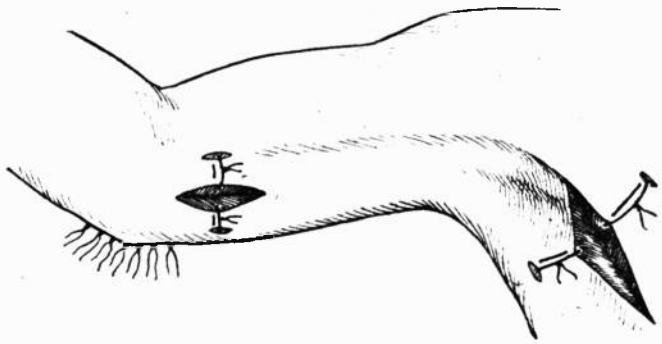


Рис. 2

Нам кажется, что эта модификация методики проф. Юдина может применяться при поздней «первичной обработке» огнестрельных переломов, когда уже наступили воспалительные явления и инфильтрация тканей.

Кроме того, в ряде случаев она может сослужить службу и при ранней «первичной обработке» огнестрельных переломов. Дело в том, что обширное иссечение раневого канала, какое производит проф. Юдин, требует отличного знания анатомии, хирургического мастерства и не всегда доступно рядовому хирургу. В этих случаях широкое рассечение огнестрельного канала, удаление инородных тел, осколков кости и экономное удаление нежизнеспособных мягких тканей по нашей модификации позволят смелее пользоваться глухим гипсом.

★

Подполковник мед. службы Ю. В. БЕРИНГЕР

К ПРОФИЛАКТИКЕ ШОКОВЫХ СОСТОЯНИЙ

Вопросы профилактики шокового состояния не привлекали до сих пор должного внимания. Даже в последних указаниях по борьбе с шоком (резолюции УМС ГВСУ Красной Армии и Наркомздрава СССР 1944 г.) о профилактических мероприятиях упомянуто весьма кратко и в общих чертах.

Опыт трехлетней работы на фронте выявил необходимость применения противошоковых мероприятий сразу же после ранения, т. е. на поле боя, непосредственно вслед за травмой. К сожалению, подавляющее большинство всех известных мероприятий не может быть выполнено в этот ранний период времени. Даже такие простые средства, как горячий чай, алкоголь, обогревание, подкожное введение сердечных и тонизирующих нервную систему лекарств, нельзя, как правило, использовать на поле боя. Быстрый же вынос с поля боя раненых часто задерживается из-за насыщенности огня или связанных с характером местности трудностей (лесисто-болотистая местность, горы, бездорожье). Все это заставило работников Карельского фронта изыскивать способы профилактики шока на основе принципа самопомощи или взаимопомощи.

Профессора А. А. Вишневский и Н. С. Молчанов считали целесообразным применять смеси питательных веществ с лекарственными, содержащими аналгезирующее начало, тонизирующие сосудисто-нервную систему. Ими были предложены таблетки следующего состава: пирамидон 0,3, кодеин 0,015, кофеин 0,8, аскорбиновая кислота 0,05, глюкоза 15,0. Таблетки диаметром 3,5 см и толщиной 1 см, упакованные в вощаную бумагу, оказались достаточно портативными и могли сохраняться бойцами в течение долгого времени. Таблетки снабжены краткой инструкцией по их применению. В случае ранения бойцу предлагается принять одну таблетку, разжевав и запив ее несколькими глотками воды.

В период боевых операций (июль—август) начальником медснабжения фронта подполковником медицинской службы Ниворожкиным было изготовлено 1 000 таблеток указанного состава; 500 таблеток были даны перед боем на руки бойцам, 500 распределены по МСБ и ППГ первой линии.

Наблюдение над результатами применения противошоковых таблеток проводилось специально выделенными из МСБ и ППГ врачами по выработанной нами карте обследования раненого с отметкой общего состояния, чувства боли, состояния сердечно-сосудистой системы, пульса, кровяного давления, состояния нервной системы и т. д.

В результате проведенных наблюдений мы могли констатировать, что после принятия таблеток общее состояние раненых улучшалось,

они становились спокойнее, бодрее, болевые ощущения уменьшались, часто наступал спокойный сон, пульс становился реже, ритмичнее, лучшего наполнения, кровяное давление повышалось на 10—15 мм, тоны сердца становились более звучными. Раненые охотно съедали таблетки, отмечая уменьшение чувства голода. Хороший эффект был получен также в случаях приема таблеток ранеными перед длительной и тяжелой эвакуацией, переносившейся после этого значительно легче обычного и дававшей меньший процент рецидивов шока. В подавляющем большинстве случаев наблюдалось улучшение общего состояния, и ни в одном случае не было его ухудшения.

Все это позволяет считать предложенное в деле профилактики шока средство весьма эффективным. Таблетки нельзя, конечно, считать универсальными, тем более, что авторы предполагали разработать более эффективный состав их.

Изучение методов борьбы с шоком должно вестись в значительной степени в направлении изыскания, по аналогии с индивидуальным пакетом, таких средств, которые можно бы применять уже на поле боя в порядке самопомощи.

★

Майор мед. службы А. ШУЛЬГИН

К ВОПРОСУ О ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ГАРНИЗОННЫЕ ГОСПИТАЛИ

При направлении больных из воинских частей в гарнизонный госпиталь довольно часто нарушаются правила госпитализации, а именно наблюдается поздняя и неосновательная госпитализация, плохая документация, выражающаяся в отсутствии диагноза, отсутствии или чрезмерной краткости анамнеза, отсутствии описания проведенного лечения и профилактических прививок.

Все это замедляет оказание квалифицированной госпитальной помощи, удлиняет пребывание бойца на койке, затрудняет суждение о постановке лечебной помощи и профилактики в войсковых частях.

Документация выписки больного из госпиталя в часть также неудовлетворительна по своей краткости. Отмечается лишь диагноз, установленный в госпитале, и решение госпиталя об освобождении в той или иной мере бойца от служебной нагрузки или ограничении его боеспособности. В лучшем случае дается указание о необходимости последующего лечения в части без отрыва от службы. Таким образом и санслужбы войсковых частей не получают возможности использовать опыт госпиталя для повышения качества своей работы.

Некоторые войсковые части, в частности, училища, направляют в госпиталь вместе с больным курсантом санитарную книжку с записью по произвольной форме данных о больном, послуживших основанием для госпитализации. При выписке из госпиталя в книжке, возвращающейся вместе с выписанным, также делаются некоторые записи.

Такая система неудовлетворительна, к тому же санитарные книжки заведены лишь для небольшой части личного состава.

Для устранения указанных недостатков документации необходимо установить определенную форму ее и обязать санслужбы воинских частей и гарнизонные госпитали освещать все необходимые вопросы. Такая документация будет способствовать проведению необходимых мероприятий в воинской части и послужит материалом для соответствующих мероприятий по улучшению санслужбы Красной Армии в целом.

При этом желательно учесть опыт применения в войсках НКВД так называемого санитарного билета, содержащего ряд необходимых воп-

росов и состоящего из трех частей: одна (корешок) остается в части, другая — в госпитале, третья возвращается госпиталем санслужбе; таким образом данные санитарного билета могут служить для разработки и получения выводов как в госпитале, так и в войсковой части. Однако этот санитарный билет, который правильнее было бы назвать санитарной картой, нуждается в коррективах. Предлагаем следующие образцы текста лицевой и оборотной стороны купонов санитарной карты.

Купон № 2

Заполняется в части и остается в госпитале

САНИТАРНАЯ КАРТА № _____
(проставляется в части)

№ _____
(и|б госпиталя)

1. _____
(фамилия)

_____
(имя и отчество)

2. _____
(военное звание)

_____
(наименование и пр., адрес части)

4. Когда заболел

5. Где заболел и при каких обстоятельствах

6. Первые проявления болезни и симптомы

7. Лечение в части

8. Прививки

9. Предварительный диагноз

10. Куда направляется

Фамилия врача _____

« » _____ 194 г.

Купон № 3

Заполняется в госпитале и возвращается в часть

САНИТАРНАЯ КАРТА № _____
(проставляется в части)

№ _____
(и|б госпиталя)

1. _____
(наименование лечебного учреждения)

_____
(месторасположение)

2. _____
(фамилия)

_____
(имя и отчество)

3. _____
(военное звание)

4. Поступил на лечение, обследование в « » час. « » _____ 194 г. с диагнозом

5. Диагноз _____
(окончательный лечебного учреждения)

6. Осложнения (когда, какие)

7. Сопутствующие заболевания (когда, какие)

8. Внутригоспитальные заболевания (когда, какие)

9. Оперативные вмешательства (когда, какие и по какому поводу)

10. Другие методы лечения в госпитале

11. Исход: (подчеркнуть)
Выписан по выздоровлении
Выписан для амбулаторного лечения

Первый купон, являющийся корешком, остается в части; содержание его должно быть кратким: 1) фамилия, имя и отчество больного; 2) подразделение; 3) диагноз (при направлении в госпиталь); 4) куда госпитализирован; 5) дата и подпись врача.

Такая санитарная карта будет удовлетворять всем поставленным выше требованиям, побудит санслужбы частей строже подходить к вопросам лечения больных в части и госпитализации их, а госпиталь-

ных врачей — анализировать каждый случай госпитализации и послужит к установлению тесной связи госпиталя с воинскими частями в лечебном и профилактическом отношении.

Оборотная сторона

Купон № 2

Заполняется в госпитале

1. Поступил в госпиталь в « » час.
« » _____ 194 г.
2. Окончательный диагноз
3. Осложнения
4. Сопутствующие заболевания
5. Внутригоспитальное заболевание
6. Оперативное вмешательство
7. Другие методы лечения
8. Исход (подчеркнуть)

Выписан по выздоровлении

Выписан для амбулаторного лечения

Врачебной комиссией признан по ст. . . . гр. . . . расписания болезней приказа НКО СССР №. . . . 194 г.

Годным к строевой службе

Годным к нестроевой службе

Подлежащим увольнению в отпуск на « » дней

Подлежащим направлению в батальон выздоравливающих

Подлежит увольнению в запас

Негодным к военной службе с исключением с учета

Нуждающимся в специальном лечении

Нуждается в провожатом _____
(да, нет)

9. Какой совет дан в часть о дальнейшем лечении больного
10. Заключение госпиталя

а) диагностика: правильная
неправильная

б) госпитализация: своевременная
поздняя
неосновательная

Подпись врача _____

« » _____ 194 г.

Купон № 3

11. Врачебной комиссией признан по ст. . . . гр. . . . расписания болезней приказа НКО СССР №_____ 194 г.

Годным к строевой службе

Годным к нестроевой службе

Подлежащим увольнению в отпуск на « » дней

Подлежащим направлению в батальон выздоравливающих

Подлежащим увольнению в запас

Негодным к военной службе с исключением с учета

Нуждающимся в специальном лечении в

Нуждается в провожатом _____
(да, нет)

Умер « » _____ 194 г.

Погребен _____
(название населенного пункта)

_____
(кладбище)

12. Заключение госпиталя:

а) диагностика: правильная
неправильная

б) госпитализация: своевременная
поздняя
неосновательная

« » _____ 194 г.

Фамилия врача _____

★

Полковник мед. службы А. Ф. КОБЗЕВ

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОГО БАРЬЕРА ВО ВНУТРЕННЕМ РАЙОНЕ СТРАНЫ

Опыт Отечественной войны показал, что взаимосвязь и взаимозависимость войсковых частей и гражданского населения стала значительно более тесной и сложной, чем в прошлые войны.

Привлечение в ряды армии миллионов населения, передвижение в невиданных размерах людских контингентов создавали в медицинском обслуживании населения и войск трудности как для гражданских органов здравоохранения, так в не меньшей степени и для военно-медицинской службы, которая должна была разрешать вопросы отбора и направления физически полноценных и здоровых людских пополнений для Красной Армии и ограждать армию от проникновения в ее ряды инфекционных заболеваний, преодолевая отдельные эпидемические вспышки среди гражданского населения.

Деловой контакт военной и гражданской медицины в нашем округе дал исключительно благоприятные итоги. Не было ни одного случая срыва или отсрочки по эпидемическим показаниям отправки воинских и маршевых пополнений на фронты Отечественной войны, ни одного случая заноса инфекции с ранеными и больными, направлявшимися с фронта в госпитали внутреннего района страны.

Начальник Главного военно-санитарного управления Красной Армии Е. И. Смирнов указал:

«Необходимо установить между фронтом и тылом прочный барьер, назначение которого не пропускать ни с фронта в тыл, ни из тыла на фронт ни одного инфекционного больного, ни одного вшивого... только путем тщательной санитарной обработки, путем осознания необходимости изоляции всех подозрительных на инфекционные заболевания можно избежать вспышек эпидемических заболеваний».

В соответствии с этими указаниями была создана система противоэпидемических барьеров.

Все раненые и больные, направлявшиеся с фронта в тыл, проходили тщательную сортировку с выделением из общего потока всех инфекционных или подозрительных на инфекцию больных, которые временно задерживались в изоляторах этапов войскового района, начиная с ПМП.

Лечение всех заразных больных производилось на месте в инфекционных госпиталях в войсковом и армейском тылу. Дальнейшая эвакуация в случаях, вызванных боевой обстановкой, предусматривалась со специальными профилактическими мерами в пути следования больных по грунтовым и железнодорожным путям.

В действующей армии производилась обязательная санитарная обработка всех раненых и больных, особенно тщательная при приеме на лечение в госпитали армейского района. При поступлении в лечебные учреждения внутреннего района страны раненых и больных осуществлялась их обязательная двухнедельная карантинизация (вернее, обсервация) в сортировочных госпиталях, в карантинных отделениях и палатах

эвакогоспиталей, а в дальнейшем систематическая, плановая, еженедельная санитарная обработка в период нахождения на лечении.

Все пополнения Красной Армии, команды и маршевые подразделения, направляемые на фронты Отечественной войны, проходили следующие противоэпидемические барьеры: 1) сборно-сдаточные или пересыльные пункты районных и городских военкоматов, 2) карантины запасных частей и соединений, 3) систему медицинского обеспечения в период военного обучения и воспитания пополнений в запасных и резервных частях до отправки их на фронт, 4) систему медицинского контроля за призванными и маршевыми подразделениями при их следовании по путям сообщения в запасные части внутреннего района страны и в действующие части фронтов.

Все подлежащие призыву в армию отправлялись на призывные (сборно-сдаточные) пункты военкоматов организованно, в сопровождении представителей органов власти, а при численности свыше 25—30 человек, кроме того, с сопровождающей медицинской сестрой или опытной сандружинницей, выделяемой медицинским пунктом (или низовой организацией Красного креста). Сопровождающим вручались краткая санитарно-эпидемиологическая характеристика данного населенного пункта, а также заверенные местными органами власти и медицинским персоналом списки лиц, временно задержанных вследствие заболевания заразной болезнью или наличия заразных больных в их семействах. Эти сведения сопровождающие передавали председателю врачебной комиссии военкомата.

На сборно-сдаточных пунктах военкоматов местные органы здравоохранения и Красного креста проводили санитарно-просветительную работу.

После прохождения медицинской и призывной комиссий военкомата все признанные годными к военной службе формировались в команды, подлежавшие направлению в запасные части и соединения для прохождения там военного обучения. Санитарную обработку проходили все отправлявшиеся команды, причем на каждую из них составлялся санитарный акт, подтверждающий отсутствие в команде лиц из семейств, где имеются заразные больные, и прохождение всеми санитарной обработки, дезинфекции и осмотра на вшивость перед погрузкой в эшелон. К санитарному акту прилагались данные о санитарно-эпидемиологическом состоянии районов призыва людей данной команды.

Для сопровождения команды или эшелона назначались: одна медицинская сестра на 50—100 человек, один фельдшер на 100—200 человек и один врач на команду численностью свыше 200 человек. Сопровождающий медицинский состав снабжался средствами для оказания первой помощи, печатной инструкцией о работе и обязанностях медицинского состава в пути следования, получал указания о дислокации по маршруту следования санитарно-контрольных пунктов (СКП), изоляционно-пропускных пунктов (ИЗО), госпиталей НКО, а также военно-продовольственных пунктов и информировался о порядке получения и приема в пути горячей пищи.

Иногда на сборно-сдаточные пункты военкоматов прибывали приемщики от войсковых частей, в число которых также включался медицинский состав. Приемщики войсковых частей были обязаны проследить за качеством и полноценностью санитарной обработки на месте погрузки, а также получить от военкомата и от местного районного или городского здравотдела санитарный акт и санитарную характеристику районов призыва.

В общем комплексе санитарно-профилактических и противоэпидемических мероприятий по приему контингентов, призванных в Красную

Армию, особое место занимала медицинская работа в карантинах запасных частей и соединений.

На укомплектование запасных частей и соединений беспрерывно прибывали эшелонами, командами, группами различной численности, а иногда одиночками контингенты пополнений, наслаивающиеся друг на друга по времени прибытия и по срокам карантинизации. Эти пополнения состояли из: а) контингентов, вновь призванных и направлявшихся со сборно-сдаточных пунктов военкоматов; б) военнослужащих, поступавших с пересыльных пунктов военкоматов после лечения и выписки из военных госпиталей, после отпусков по болезни или после расформирования отдельных частей; в) военнослужащих, прибывающих из батальонов выздоравливающих и из других частей; г) военнослужащих, отставших по различным причинам от воинских эшелонов и направленных в запасные части через военных комендантов станций и гарнизонов.

Во время войны карантины запасных частей и соединений являлись постоянно и интенсивно работающими подразделениями, основным противоэпидемическим барьером между населением и Красной Армией, между тылом и фронтом.

Опыт показывает, что в военное время для полноценности медицинской работы карантин запасной части (соединения) должен иметь постоянно действующие помещения и самостоятельные технические и медицинские средства для проведения предупредительных мероприятий против инфекционных заболеваний и вшивости. Для обслуживания такого карантина должен быть выделен постоянный наиболее опытный медицинский состав и создан самостоятельный медицинский пункт карантина запасной части (соединения).

Карантин, помимо роли противоэпидемического барьера, выполняет ответственную функцию сортировки по состоянию здоровья людских контингентов, прибывших на укомплектование запасной части.

Для обеспечения нормальной работы в карантине должны быть следующие помещения:

1. Для приема всех контингентов, только что прибывших на пополнение части и ожидающих медицинского осмотра и санитарной обработки, — «приемник» карантина, который должен обеспечивать прием и временное, на несколько часов и никоим образом не более 2—3 суток, размещение людей численностью в $^1/_8$—$^1/_{10}$ общей мощности карантина запасной части. Приемник карантина предназначен для приема и временного размещения мелких партий и одиночек; большие партии людских пополнений целесообразно направлять сразу же после выгрузки из эшелона в санпропускник, а оттуда после медицинского осмотра и сортировки в помещения для 15-дневной обсервации.

2. Помещение для 15-дневной обсервации всех лиц, признанных годными к прохождению военной службы, прошедших санобработку, медицинский осмотр и распределение по подразделениям и уже получивших военное обмундирование. Это помещение рассчитано на одновременное размещение $^1/_8$—$^1/_{10}$ части общей численности запасной части соединения.

Эта «чистая» половина карантина должна быть разделена на 3—5 изолированных секций для размещения в каждой из них групп и лиц с различными сроками прохождения санитарной обработки и карантинизации.

3. Помещение медицинского пункта карантина, приспособленное и оборудованное для проведения массовых медицинских осмотров, антропометрических измерений, прививок и оказания амбулаторной помощи.

При медицинском пункте должен быть развернут стационар на

10—15 коек и изолятор на 10—15 коек не менее чем на две инфекции.

4. Обособленная баня с дезкамерой пропускной способностью 25—30 человек в час для санобработки поступающих мелких партий пополнений и для повторной санобработки по санитарным показаниям людей из чистой половины карантина. Необходимо также выделять для карантина обособленные от остального состава уборные.

5. Помещение для штаба карантина, который желательно размещать в непосредственной связи с медицинским пунктом карантина.

6. Помещение для офицерского и сержантского состава, выделяемого от полка для обучения и воспитания новых военнослужащих в период их пребывания в карантине.

Для осуществления изоляции прибывших пополнений целесообразно все эти помещения под карантин отводить на флангах или в тылу военного городка запасной части (соединения).

Пользование столовой, клубом, библиотекой, учебными полями, городками регламентируется путем назначения отдельных часов для каждой группы обсервируемых, о чем объявляется в приказе по части.

В период пропуска больших масс пополнений может быть рекомендован следующий порядок работы медицинского состава карантина:

1. Термометрия в приемнике карантина и персональный учет всех заявивших себя больными. Осмотр на педикулез всей партии прибывших.

2. Выделение всех температурящих и заявивших себя больными на внеочередной, так называемый первичный осмотр врача медицинского пункта, а если потребуется, то и изоляция их.

3. Санитарная обработка и обмундирование пополнений под контролем медицинского состава.

4. Поголовный медицинский осмотр после санобработки: а) полное раздевание, б) антропометрия, в) опрос, осмотр и обследование врачом, г) составление заключения о годности и выдача специальной справки на руки.

5. Производство предохранительных прививок.

6. Участие в распределении пополнений по подразделениям части (соединения) для военного обучения и воспитания.

7. Указание номера помещения (корпуса), номера койки (места на нарах) в чистой половине карантина, определение срока начала и окончания карантинизации.

В случае большой загрузки медицинского пункта карантина начальник медицинской службы запасной части или соединения обязан усилить медицинский пункт карантина дополнительным медицинским персоналом из других частей или подразделений, что особенно необходимо при приеме пополнений целыми эшелонами.

В чистой половине карантина медицинским составом проводится систематический санитарный контроль и термометрия заявляющих о заболевании, ежедневный осмотр на педикулез, санитарная подготовка и санитарно-просветительная работа по особому плану.

При выявлении случаев завшивленности производится немедленная полная санитарная обработка по следующему порядку: а) при одном или нескольких случаях вшивости в одном отделении — подвергается санитарной обработке все отделение и непременно соседи по койке слева и справа; б) при рассеянных, единичных случаях в разных отделениях одного взвода — весь взвод; в) при рассеянных единичных случаях и разных взводах — вся рота. Важно, чтобы санобработка людей проводилась одномоментно и одновременно с дезинфекцией постельного и нательного белья и обмундирования.

При выявлении подтвержденного случая заразного заболевания в

карантине проводится тщательная санобработка, дезинфекция помещений и все другие необходимые данной инфекции мероприятия с удлинением срока карантинизации на срок инкубации, начиная с момента изоляции заболевшего.

«Списочная система» учета данных медицинского осмотра и прививок не дает нужного порядка в учете, так как обычно списки пишутся наспех, нередко небрежно, накапливается их много, найти нужный список или нужную фамилию бывает нелегко, а порой и невозможно.

Майор медицинской службы Захаров рекомендует проверенную им систему учета в виде журнала, дополняемого специальными справками, по следующей единообразной форме:

№ п/п	Фамилия и инициалы	Возраст	Из какого РВК и когда прибыл	Диагноз и статьи приказа № 336 1942 г.	Заключение врача	Данные о наличии педикулеза	Дата		В какое подразделение направлен
							прививок	санобработки	

Кроме записи в журнале, на каждого осмотренного заполняется сортировочная справка, для которой удобнее всего иметь типографские бланки размером 9 × 15 см по следующей форме:

Лицевая сторона справки

Сортировочная справка №

1. Дата прибытия в часть. 2. Фамилия, имя и отчество. 3. Возраст. 4. Диагноз и статьи приказа № 336 1942 г. 5. Заключение врача

Подпись врача медицинского пункта карантина . . . . . .

Оборотная сторона

1. Время прививок I II III

2. Время прохождения сандезобработки в карантине.

Порядковый номер записи в журнале является одновременно и номером справки, выдаваемой на руки при медицинском осмотре.

Справка хранится на руках у красноармейца и служит для него санитарным паспортом впредь до получения и заполнения красноармейской книжки. Считаем полезным добавить к форме журнала и справки запись и выводы антропометрических измерений.

После прохождения в запасной части курса военного обучения из пополнений формируются маршевые подразделения, которые экипируются, проходят заключительный медицинский осмотр и санобработку. Комиссии, проверяющие готовность маршевых подразделений к отправке на фронт, составляют на каждое подразделение санитарный паспорт и акт, характеризующие санитарно-эпидемиологическое состояние районов призыва, прохождение карантина и прививок в запасной части, санитарно-эпидемиологическое состояние самой части в период обучения, данные о прохождении заключительного медицинского осмотра и санобработки маршевого подразделения, в частности перед отправкой на фронт, и результаты осмотра на педикулез перед погрузкой в эшелон.

Медицинский состав, назначенный для сопровождения маршевого подразделения на фронт, получает составленные комиссией санитарный акт и паспорт и совместно с представителем коменданта станции составляет акт о санитарном состоянии и оборудовании воинского железнодорожного эшелона, подаваемого под погрузку.

В пути следования сопровождающий медицинский состав принимает все необходимые по обстановке медицинские меры, осуществляя систематический санитарный контроль за размещением, питанием перевозимого на фронт маршевого подразделения и всемерно через строевых командиров и начальников ограничивает контакт военно-служащих с гражданским населением.

Представители санитарно-контрольных пунктов (СКП), проверяя санитарное состояние проходящих маршевых подразделений, фиксируют итоги проверки в санитарном паспорте или специальными актами, вручая их сопровождающему подразделения медицинскому составу.

По прибытии в пункт назначения маршевые подразделения также передаются по акту, в котором фиксируется физическое и санитарное состояние прибывшего личного состава пополнения.

Копии сдаточных санитарных актов возвращаются в запасную часть (соединение), отправившую данное маршевое подразделение.

★

Проф. В. И. ТЕРСКИХ

ОШИБКИ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЖЕЛТУХ И ЛЕПТОСПИРОЗОВ

При диагностике инфекционных желтух довольно часто возникают ошибки, совершаемые не только рядовыми микробиологами, эпидемиологами и инфекционистами или терапевтами, но и специалистами со значительным научным стажем.

Основная ошибка сводилась к тому, что целые эпидемические вспышки нелептоспирозной катарральной желтухи диагносцировались как болезнь Вейля или как инфекционная лептоспирозная желтуха. В одном случае вспышка лептоспирозной желтухи I типа неправильно диагносцировалась как паратифозная и в одном случае желтуха при возвратном тифе не была своевременно распознана.

Ошибки при диагностике эпидемической катарральной желтухи разделяются на ошибки в клиническом и ошибки в микробиологическом диагнозе.

Наличие у больных общей желтухи и массовость заболеваний служили для многих врачей основанием для установления поспешного диагноза лептоспирозной инфекционной желтухи или же болезни Вейля. В одном случае был даже установлен диагноз желтой лихорадки. В действительности это были эпидемические вспышки катарральной нелептоспирозной желтухи.

При исследовании крови или мочи таких больных при помощи ультрамикроскопа или обычного микроскопа обнаруживались спирохетоподобные образования, являющиеся в действительности неживыми образованиями, не имеющими никакого отношения к лептоспирам, и все же эти артефакты сплошь и рядом ошибочно трактовались как лептоспиры, в результате чего неправильно диагносцировались целые эпидемические вспышки.

С другой стороны, безжелтушные лептоспирозы неправильно диагносцировались как грипп, сыпной тиф, паратиф.

Имеются случаи, когда отрицательная лабораторная диагностика лептоспироза ставилась после изучения сывороток больных с лептоспирами не всех известных типов.

У нас нет обстоятельного специального руководства по эпидемическим желтухам и лептоспирозам, а в имеющихся руководствах по инфекционным болезням и эпидемиологии описание эпидемической катарральной желтухи вообще отсутствует. Помимо того, имеется значительная путаница в многочисленных названиях различных форм инфекционных желтух.

При таких условиях практическому и оперативному работнику крайне трудно ориентироваться в характере эпидемических вспышек этих заболеваний.

Все желтухи можно разделить на две большие группы: желтухи неинфекционные и инфекционные.

К неинфекционным желтухам относятся: токсические (отравление грибами, мышьяком), механические (желчные камни, рак желчного пузыря и т. д.); к неинфекционным желтухам относятся также те, которые появляются при приеме акрихина, при болезнях крови и у новорожденных.

К инфекционным желтухам можно относить все случаи, обусловленные инфекцией. Инфекционные желтухи можно делить на эпидемические желтухи и неэпидемические. К эпидемическим желтухам относятся: лептоспирозные желтухи, возбудителями которых являются лептоспиры различного типа, катарральная желтуха, возбудитель которой неизвестен (повидимому, это фильтрующийся вирус), и желтая лихорадка, возбудителем которой является фильтрующийся вирус (у нас в Союзе желтая лихорадка не встречается). Эти желтухи чаще всего наблюдаются в виде отдельных эпидемических вспышек.

К неэпидемическим желтухам относятся случаи желтухи при различных инфекционных заболеваниях, которые сопровождаются иногда общей желтухой, или вообще редко встречающиеся, как-то: желтуха при возвратном и брюшном тифе, паратифе, сифилисе, пневмонии, малярии, скарлатине, сепсисе, холецистите и т. д. Катарральная эпидемическая (нелептоспирозная) желтуха описана под различными названиями: простая и катарральная желтуха, острый инфекционный катарр желчных протоков, болезнь Боткина, эпидемический гепатит.

Лептоспирозная желтуха впервые была описана как «инфекционная желтуха»; этим обозначением нередко пользуются и в настоящее время для определения лептоспирозной желтухи, именно болезни Вейля, возбудителем которой является иктерогеморрагическая лептоспира, т. е. лептоспира определенного типа. Таким образом, диагноз «болезнь Вейля» в микробиологически-этиологическом понимании есть не только видовой (лептоспироз), но и типовой (иктерогеморрагический) диагноз. Такой типовой диагноз можно установить лишь микробиологически, но не клинически, что обычно клиницисты не учитывают.

Все различные формы лептоспирозов мы именуем общим термином — лептоспирозы. Существенным является вопрос, можно ли отграничить отдельную эпидемическую вспышку лептоспирозной желтухи от эпидемической вспышки катарральной желтухи (нелептоспирозной) на основании одних лишь клинических данных?

На основе своего опыта мы даем положительный ответ. При лептоспирозной желтухе начало заболевания внезапное, в 100% случаев с первых же дней заболевания отмечается высокая температура (38—40°), в дальнейшем появляются характерные рецидивы лихорадки; общая же желтуха наблюдается в среднем лишь в половине всех случаев и — что особенно важно, — проявляется обычно лишь на 4-й день лихо-

радки. Вскоре наступают менингеальные явления. В моче обнаруживаются цилиндры, клетки почечного эпителия, эритроциты. Летальность в среднем около 10%.

Нелептоспирозная катарральная желтуха начинается постепенно, общее самочувствие страдает в незначительной степени. Лихорадка отсутствует почти в половине всех случаев, что имеет решающее значение. В остальных случаях наблюдается либо субфебрилитет, либо — значительно реже — повышение температуры до 38° и выше. Практически желтуха наблюдается у всех даже вовсе не лихорадящих больных, что имеет большое значение для диагноза. Без наличия желтухи мы вообще бессильны в данное время распознать это заболевание. Общее самочувствие у большинства больных страдает незначительно, менингеальные явления в большинстве случаев отсутствуют, почки поражаются незначительно, больные обычно отказываются от госпитализации. Летальность незначительная: от 0 до 2%.

Руководствуясь всеми этими клинико-эпидемиологическими данными, можно установить диагноз эпидемии.

Ясно, что в единичных атипичных случаях установить диагноз на основе одной клиники не представляется возможным. В этих случаях только микробиологические исследования на лептоспироз дают точный ответ о характере заболевания.

При каждой эпидемической вспышке желтухи следует проводить детальное эпидемиологическое обследование, стремиться выявить причину изучаемой вспышки, роль больного или переболевшего желтухой, роль мышей, значение неправильностей в хранении съестных продуктов и т. д.

При появлении первых случаев желтухи рекомендуется проводить строгую изоляцию больных до полного клинического выздоровления (не менее 3 недель от начала заболевания — в легких случаях), а мочу больных подвергать текущей дезинфекции. Необходимо проводить ежедневно утреннюю влажную дезинфекцию помещения в очаге заболевания. Дезинфекцию следует производить в течение всего времени, пока обнаруживаются заболевания, и не менее 3 дней после ликвидации очага или пока в очаге имеются грызуны. Особое внимание при дезинфекции надо обращать на места, где обнаруживается мышиный помет. Необходимо обеспечить эффективную борьбу с мышами и дератизацию, установить тщательный надзор за правильным хранением пищевых продуктов, особенно хлеба, печений, галет, сахара, шоколада и других продуктов, не подвергающихся термической обработке; следить, чтобы к ним не было доступа грызунам. Всеми мерами вести борьбу за чистоту в отношении уборки и дезинфекции кухонных отбросов, уборки и дезинфекции мусора и нечистот; запретить потребление сырой воды.

★

Майор мед. службы В. Н. ОСОКИН

О ВНУТРИКОЖНОЙ ПРОБЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СЫПНОГО ТИФА

Диагностическое значение реакции Вейль-Феликса при сыпном тифе очень велико, но она мало пригодна для ранней диагностики сыпного тифа. Другие предложенные диагностические реакции ненадежны или сложны.

В 1931 и 1933 гг. Флэк и Гешелес, а также Богданов сообщили о внутрикожной реакции при сыпном тифе. В качестве материала для внутрикожной пробы авторы брали так называемый «экзантин» — суспензию, содержащую в 1 см³ 2—3 млрд. микробных тел.

Авторы пришли к заключению о тесной этиологической связи B. proteus X_{19} с сыпным тифом, но широкого применения эта реакция не получила.

Мы изучали внутрикожную реакцию при сыпном тифе для диагностики, пользуясь в качестве антигена вакциной проф. Кронтовской, содержащей общепризнанный возбудитель сыпного тифа — риккетсии Провачека.

Наша методика заключалась в следующем. 0,2 см³ вакцины Кронтовской мы вводили сыпнотифозным больным внутрикожно — на внутренней поверхности предплечья. Результаты реакции регистрировались через 3, 12, 24 и 48 часов. Проба была проведена на 46 больных.

У 4 больных сыпным тифом в месте инъекции вакцины через 12 часов образовалась гиперемия и отек, а к концу первых суток — небольшой некроз на фоне гиперемии до 4 см в окружности. Реакции со стороны регионарного лимфатического аппарата и общей реакции не наблюдалось. Двое из этих больных находились в начале 5-го дня болезни; сыпи еще не было, реакция Вейль-Феликса, поставленная позднее, оказалась положительной. Третий больной находился на 24-м дне болезни; реакция Вейль-Феликса 1 : 800. Четвертый больной был на 9-м дне болезни; реакция Вейль-Феликса у него была отрицательной, клинически имелся выраженный сыпной тиф.

У 23 больных сыпным тифом в месте инъекции вакцины через 3 часа образовалась гиперемия, усилившаяся через 12 часов и не исчезавшая по прошествии суток. На фоне гиперемии у всех отмечался более или менее выраженный отек, обычно не исчезавший по истечении суток. Во всех случаях отмечалась некоторая болезненность в месте инъекции. Зона гиперемии по окружности от 1 до 4 см. Реакции со стороны регионарного лимфатического аппарата и общей реакции не наблюдалось. К концу вторых суток гиперемия исчезала, оставляя после себя пигментное пятно.

У 15 сыпнотифозных больных в месте инъекции через несколько часов образовалась гиперемия с болезненностью в области укола, без отека. Покраснение держалось до суток и более, зона гиперемии по окружности от 1 до 3 см, без общей реакции. Местная реакция исчезала к концу первых или вторых суток, в отдельных случаях позднее.

У 4 сыпнотифозных больных местной реакции после введения вакцины не получилось, у 3 из них с давностью заболевания от 4 до 8 дней впоследствии наблюдалась положительная реакция Вейль-Феликса. У четвертой больной с давностью заболевания 24 дня реакция Вейль-Феликса была положительная во время введения вакцины.

В качестве контроля была поставлена внутрикожная проба на 12 человеках из личного состава госпиталя с 0,2% раствором формалина. В месте инъекции во всех случаях получилось незначительных размеров слаборозовое пятно без отека, исчезнувшее к концу суток; остались лишь следы укола иглы. Не болевшим сыпным тифом и не приви-

тым 15 человекам введено внутрикожно по 0,2 см³ вакцины Кронтовской. Местной реакции ни у кого из них не получилось, и лишь в отдельных случаях появилось бледнорозовое пятно, через несколько часов бесследно исчезнувшее. 4 человекам из личного состава госпиталя, получившим полгода назад троекратную прививку вакцины Кронтовской, была введена внутрикожно вакцина в количестве 0,2 см³. У всех в месте инъекции образовалась гиперемия размером 3 × 4 см и отек, не исчезнувшие спустя 48 часов.

12 сыпнотифозным больным была поставлена внутрикожная проба с вакциной Кронтовской, изготовленной более года назад и содержавшей мелкозернистые хлопья. У 9 человек никакой местной реакции не получилось, у 2 человек отмечалась гиперемия в месте инъекции 1 × 3 см без отека, и у одного — легкая гиперемия, не исчезнувшая через 48 часов.

Сравнительные результаты внутрикожной пробы с вакциной Кронтовской у 46 сыпнотифозных больных и в контрольных группах приведены в табл. 1.

Таблица 1

Результаты внутрикожной пробы с вакциной Кронтовской

Объект наблюдения	Результаты пробы			
	резко положительные	положительные	слабо положительные	отрицательные
Сыпнотифозные больные, привитые вакциной Кронтовской	4	23	15	4
Не болевшие сыпным тифом и ранее не привитые вакциной Кронтовской (контроль)	—	—	—	15
Получившие инъекцию 0,2% раствора формалина (контроль)	—	—	—	12
Привитые вакциной Кронтовской	—	4	—	—

Из 42 больных сыпным тифом, у которых внутрикожная проба оказалась положительной, 24 реагировали положительно до 10-го дня болезни, из них 5 человек до 5-го дня.

Сравнительные результаты реакции Вейль-Феликса и внутрикожной пробы приведены в табл. 2.

Таблица 2

Сравнительные результаты реакции Вейль-Феликса и внутрикожной пробы

		Дни заболевания		
		свыше 10	от 5 до 10	до 5
Реакция Вейль-Феликса	+	14	11	—
Внутрикожная проба	+	14	11	—
Реакция Вейль-Феликса	—	1	8	5
Внутрикожная проба	+	1	8	5
Реакция Вейль-Феликса	+	1	2	—
Внутрикожная проба	—	1	2	—

Положительные результаты внутрикожной пробы у 42 больных до 10-го дня заболевания были получены у 24 человек, до 5-го дня заболевания — у 5 и после 10-го дня заболевания — у 13 человек.

Выводы

1. Внутрикожная проба с вакциной Кронговской у болеющих сыпным тифом дает положительные результаты, в ряде случаев с первых дней болезни.
2. Внутрикожная проба протекает как аллергическая реакция (по типу реакции Бюрне).
3. Процент положительных результатов внутрикожной пробы у сыпнотифозных больных в нашем материале высок (91).
4. 0,2% раствор формалина, вводимый в контроле внутрикожно, реакции не дает.
5. Контрольные внутрикожные пробы с вакциной Кронтовской, проводимые у не болевших сыпным тифом и не привитых, — отрицательны.
6. Внутрикожная проба с вакциной Кронтовской у ранее привитых означенной вакциной дает положительный результат.
7. Необходимо дальнейшее изучение внутрикожной диагностической пробы с вакциной Кронтовской.

★

Майор мед. службы О. С. МАРШАЛКИН

ПРОФИЛАКТИКА АСТЕНИЙ И ВЕГЕТАТИВНЫХ НЕВРОЗОВ У ЛЕТЧИКОВ-ВЫСОТНИКОВ

Врачу высотной части, непосредственно ведущему систематический контроль и наблюдение за работой летного состава, принадлежит первостепенная роль в организации профилактических мероприятий, предотвращающих расстройства нервной системы летчиков. Летчики прилетают с задания с жалобами в основном на головную боль, дрожание рук, ощущение жара, чередующегося с ощущением холода, быструю утомляемость, ограничение способности решать сложные штурманские расчеты на высотах, понижение аппетита, общую разбитость и плохой сон. О таких симптомах заявляет преимущественно летчик, который произвел не один десяток вылетов на боевое задание в условиях больших высот, особенно если эти вылеты сопровождались рядом осложнений, как-то: преследование истребителей, обстрел зенитной артиллерией или неисправность материальной части. Такие полеты вместе с гипоксемией способствуют постепенному возникновению расстройств со стороны нервной системы.

Немаловажный интерес представляют жалобы летчиков, отмечающих после 60—70 высотных полетов ухудшение самочувствия на высоте от 3 000 до 4 000 м и заявляющих, что этот предел они переносят теперь гораздо хуже, чем ранее высоты 5 000 м и больше. На этой высоте у них появляется угнетение, одышка, головокружение, холодный пот, но пульс, как правило, лишь изредка бывает немного учащен (78—80 ударов в 1 минуту). Если летчик на этой высоте задержится на 10—15 минут или откроет аварийный кран кислородного прибора, то вышеуказанные явления постепенно проходят, не мешая ему выполнять боевое задание.

«Я с начала войны, — говорит капитан П., — работаю в воздушной разведке; сегодня у меня двухсотый боевой вылет; больше ста из них я сделал на высотах 7 000—8 000 м. Каждый мой полет продолжался в среднем $1^1/_2$—2 часа. Частенько приходилось на высоте встречаться с истребителями противника или уходить от цели с подбитым зенитной артиллерией мотором. В начале войны я имел прекрасное здоровье, легко переносил высоту, часто проверял себя, пробуя летать без кислорода на 5 000—6 000 м. Ничто не оказывало на меня никакого влияния, но после 100—120 вылетов я почувствовал, что состояние моего здоровья ухудшилось: на высотах стало появляться легкое головокружение, постепенно переходящее в головную боль, появилась быстрая утомляемость, какая-то скованность мышления, особенно при решении сложных задач, связанных с выполнением боевого задания в полете. После полета в течение дня держалось состояние общей разбитости, отмечался плохой сон и аппетит. По поводу таких жалоб я был направлен врачом части в дом отдыха летного состава, где пробыл около 20 суток. Несмотря на это, явления усталости продолжали оставаться прежними.

В октябре 1942 г. на высоте 8 700 м я ощутил легкое головокружение, чувство сонливости, потом наступило постепенное потемнение в глазах, и в каком-то приятном оцепенении я стал засыпать. Не помню, как я грудью навалился на штурвал, и только на высоте 4 800 м уви-

дел, что моя машина шла с правым креном, скользя быстро вниз. Выровняв ее, я пошел на свой аэродром, не выполнив задания. С тех пор у меня на высоте 3 500 м появляется одышка, головокружение, холодный пот и чувство общей слабости, которые с поднятием на большие высоты постепенно проходят, особенно быстро исчезая после пользования кислородом на этой высоте. Сейчас, несмотря на желание превозмочь усталость, которая появляется в полетах на высотах, и головные боли, возникающие после полетов, я бессилен, продолжая оставаться в состоянии общего угнетения, вялости и разбитости. Сплю 4—5 часов в сутки, сон чуткий, сам стал очень раздражительным даже по самым незначительным поводам, быстро устаю и теряю в весе».

С подобными жалобами часто приходится сталкиваться врачам высотной части, которые иногда не придают им большого значения, расценивая их как временное состояние общей усталости.

Истинная этиология вышеописанной астении и вегетативных неврозов выясняется при систематическом наблюдении за поведением каждого экипажа на высоте и после возвращения его с боевого задания, изучении всякой жалобы и каждого случая обморочного состояния на высоте в полете. Главная причина такого состояния заключается в систематическом воздействии на центральную нервную систему кислородного голодания, которое получается в результате недостаточного обеспечения кислородным прибором КПА-3-бис с системой открытой маски. Кислородный прибор КПА-3-бис не рассчитан на подачу кислорода в зависимости от потребности в нем организма, которая возрастает при увеличении физической нагрузки или осложнении полета боевой обстановкой, вызывающем психическое возбуждение летчика. Прибор продолжает подавать кислород строго по нормам, рассчитанным для каждой высоты, независимо от возросшей потребности. Вследствие учащенного дыхания через отверстие маски засасывается большое количество наружного воздуха с низким парциальным давлением кислорода, что ведет к уменьшению парциального давления кислорода в альвеолярном воздухе и уменьшению процента оксигемоглобина, что влечет кислородное голодание клеток, в первую очередь — клеток коры головного мозга.

Благодаря действию компенсаторных механизмов — учащение дыхания, увеличение минутного объема сердца, учащение пульса и т. д., — организм с этим недостатком кислорода постепенно справляется, и летчик не испытывает нарушения функции центральной нервной системы, но длительные и частые полеты на больших высотах, сопровождаясь кислородным голоданием, постепенно приводят к ослаблению компенсаторных механизмов и, с каждым разом увеличивая длительность состояния аноксемии, приводят к систематическому торможению коры головного мозга. Об этом говорят жалобы на понижение способности ориентироваться в обстановке и решать сложные задачи, связанные с выполнением боевого задания на этих высотах. Резко изменяется поведение человека, появляется апатичность, вялость, уменьшается работоспособность, всякие движения становятся трудными, а малейшая физическая работа вызывает расстройство зрения в виде появления в глазах темных кругов и «мурашек».

Явления угнетения коры головного мозга наступают не сразу. Им предшествует фаза возбуждения симпатического отдела вегетативной нервной системы, характеризующаяся рядом компенсаторных реакций в виде учащения пульса, дыхания, увеличения минутного объема сердца — симптомами первой стадии аноксемии.

Таким образом, развивается угнетение деятельности клеток коры головного мозга, уменьшается ее тормозящее воздействие на подкор-

ковые и высшие вегетативные центры и преобладает возбуждение парасимпатического отдела. Результатом этого является развитие ваготонического симптомокомплекса, характеризующегося урежением пульса, головокружением, гиперемией лица, общим угнетением и разбитостью, а в тяжелых случаях и потерей сознания. Примером развития ваготонического симптомокомплекса может послужить таблица изменения пульса по высотам во время выполнения боевых заданий у вполне здорового летного состава, только начинающего подниматься на высоты, и после проделанного определенного количества полетов, когда появились первые симптомы астении.

Таблица пульсовых реакций

	Количество боевых вылетов	Высота в м								
		0	1 000	2 000	3 000	4 000	5 000	6 000	7 000	8 000
		Число ударов пульса в минуту								
Штурман С. . . .	15	74	96	112	116	124	128	132	140	140
Он же	130	70	72	76	76	120	120	124	80	68
Штурман Д. . . .	12	76	102	102	118	228	130	138	140	144
Он же	120	68	70	74	74	118	118	118	78	70

Эта таблица наглядно отражает две реакции человека на действие кислородного голодания. Одна реакция идет на фоне постепенного вступления в действие компенсаторных механизмов (учащение пульса, дыхания и т. п.) и в конце полета наблюдается лишь первая стадия гипоксемии, которая проходит почти незаметно для летчика и не оставляет никаких последствий. Вторая реакция, которая наблюдалась у штурмана Д. после большого количества боевых вылетов на высоты в условиях длительного и систематического кислородного голодания, вызвавшего возбуждение парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, проявилась урежением пульса и дыхания, головокружением. Впоследствии начинает нарастать интенсивность вегетативных рефлексов. Эти явления начинаются у каждого летчика различно и не на одинаковых высотах, в зависимости от длительности действия гипоксемии, которая тесно связана с количеством боевых вылетов, их высотой, осложнениями боевой ситуации и с физическим состоянием самого летчика. У штурмана Д. первые признаки начали появляться на высоте 7 000 м и на 120-м боевом вылете, но у других они начинаются на бо́льших высотах и при меньшем количестве боевых вылетов. Чем меньше высота, на которой наступает урежение пульса, тем резче явления астении и тем чаще начинают появляться жалобы на ухудшение самочувствия на высотах 3 500—4 000 м, заставляя летчика уже с этого предела пользоваться кислородом, открывая аварийный кран.

Изучая и анализируя все жалобы, предъявляемые летным составом после выполнения боевых заданий на высотах, сопоставляя их с симптоматологией и объективными данными, которые мы получаем при ежемесячных медицинских осмотрах, и дополняя определением пульсовой реакции при выполнении этих заданий по высотам, можно предположить, что этиологическим моментом в развитии астении и вегетативных дистоний у летного состава является недостаток кислородного оборудования с системой открытой маски, не обеспечивающей потребности организма в кислороде на высоте при физической нагрузке, с которой связано выполнение боевого задания. Вследствие подсасывания через отверстие в маске большого количества атмосферного воздуха

создаются условия кислородного голодания клеток, которое вызывает впоследствии развитие гипоксемии и вегетативных неврозов.

Несмотря на частое развитие астении и вегетативных неврозов среди летного состава высотной авиации, особенно более пожилых возрастов, нет никаких оснований считать эту патологию профессиональной, связанной с вредностью летной работы военного времени. Она развивается в первую очередь у людей с вегетативной лабильностью, которая под влиянием систематического кислородного голодания начала проявляться. Лица с психическими травмами, тяжелыми переживаниями в анамнезе, хронические алкоголики и злостные курильщики, лица, пренебрегающие основными правилами пользования кислородом, надевающие маску с 5 000—5 500 м, поддаются в первую очередь развитию астении и вегетативных неврозов; во-время замеченные, эти симптомы могут быть устранены путем принятия соответствующих мер. Поэтому астения не является профессиональным заболеванием, но встречается как заболевание, развивающееся на фоне указанных предрасполагающих моментов.

Из профилактических мероприятий первостепенную роль играет повседневное наблюдение за летающими на высоту экипажами и ежемесячный медицинский осмотр летного состава, дающие врачу высотной части возможность детально изучить каждого летчика. Даже незначительное изменение состояния здоровья летчика укажет на развитие того или иного патологического процесса, что так важно для определения начала развития астении. Врач должен изучить высотника, так, как изучает свою специальность. На медицинских осмотрах в первую очередь необходимо обращать внимание на сердечно-сосудистую и нервную систему, уделяя особое внимание функциональной пробе с измерением кровяного давления, которая уже на земле дает представление о характере работы этих систем. Необходимо прислушиваться к самым незначительным жалобам, которым сам летчик может не придавать значения, но которые играют важную роль в распознавании астении. Необходимо принимать предупредительные меры, не оставляя без внимания начальные проявления астении. Такого летчика необходимо отстранить от высотных полетов и направить в дом отдыха. Возвратившись из дома отдыха, летчик должен пройти повторный медицинский осмотр, при котором врач сравнивает результаты с данными прошлого осмотра и оценивает те изменения, которые произошли за время пребывания летчика в доме отдыха, и решает вопрос, допустить ли его к дальнейшим полетам или провести какие-либо другие лечебные мероприятия. Иногда необходимо допускать летчика только к полетам на низкой высоте с одновременным назначением лечения препаратами брома в течение 10—15 дней. В случае плохого сна на ночь назначают люминал или бромурал, добиваясь продолжительности сна не менее 8 часов в сутки. После этого, как правило, летный состав чувствует себя хорошо и делается вполне способным переносить высоты, а симптомы астении постепенно проходят.

Большую роль в контроле за развитием астении играет наблюдение за изменением пульсовой реакции на высоте. Это достигается путем дачи задания летчику, идущему на боевое задание, — измерять свой пульс. Если у летчика до направления в дом отдыха урежение пульса начиналось с 7 500 м, то после отдыха оно начинается с 8 500 м или не наступает совсем, что говорит за полное снятие угнетения коры головного мозга. Немаловажное значение в профилактике астении имеет правильное планирование боевой работы, при котором необходимо соразмерять трудность задания с физической способностью летчика.

Планировать работу на высотах надо таким образом, чтобы летчик делал не больше одного вылета в день. Примером такого планирования

может послужить часть подполковника Завражнова, где боевая работа велась путем поэскадрильного дежурства. Одна эскадрилья несла боевую работу, вторая — отдыхала, подготовляясь к следующему боевому вылету. В дежурной эскадрилье экипажи планировались таким образом, что каждый из них шел на задание в строго намеченный для него час. Этим достигается более продолжительный отдых летного состава после полета на высоту и лучшая подготовка к следующему вылету.

Большую роль в сохранении здоровья высотников играет рациональное питание. Грубая, трудно переваримая и малокалорийная пища не только не пополняет энергетических расходов, но вызывает на высотах брожение в кишечнике, вздутие его, чем затрудняет дыхание и кровообращение на высоте. Летчик не должен летать на высоту натощак, — это приводит к быстрому утомлению и снижению «потолка» полета. Пища высотника должна быть легкой, высококалорийной и хорошо усвояемой. Употребление накануне полетов алкогольных напитков, даже в небольшом количестве, резко сказывается на высоте на состоянии здоровья летчика. Спорт для высотника является одним из лучших мероприятий по укреплению выносливости организма, тренируя сердечно-сосудистую и нервную систему. Особенно рекомендуется в высотных частях развивать такие виды спорта, как плавание, гребля, лыжи, гимнастика и легкая атлетика.

В дни напряженной боевой работы, когда летному составу приходится делать несколько боевых вылетов в день, играет немаловажную роль профилактическая дача стимуляторов в виде препаратов колы и фенамина. Оба они оказывают положительный эффект только тогда, когда человек чувствует себя действительно усталым. Поэтому принимать их следует непосредственно перед полетом или после него. Большие дозы колы вызывают обратное действие: появляется головокружение, сердцебиение, тревожный сон, а иногда головные боли и рвота. При длительных приемах эффект снижается ввиду привыкания организма. Лучший эффект получается, когда дачу колы чередуют с дачей фенамина. 3 дня дают препарат колы, 3 дня — фенамин. Длительное наблюдение за действием стимуляторов, особенно препаратов колы, показало, что они дают лишь временный эффект и не снимают общего утомления, которое накапливается в результате длительной и напряженной работы летчика. Из всех известных стимуляторов лучшим для высотника является кислород. Если на высоте в легкие будет поступать столько кислорода, что парциальное давление его будет около 100 мм, то летчик никогда не будет сильно уставать. Это будет самым надежным профилактическим мероприятием против развития расстройств нервной и сердечно-сосудистой системы. При этом дыхание летчика должно быть изолировано от наружной атмосферы герметической маской, под которой дыхание происходит за счет кислородной смеси из баллона, а выдох — через выдыхательный клапан, прекращающий доступ наружного воздуха при каждом вдохе. Этим требованиям вполне отвечает кислородный прибор «легочный автомат» типа Дрегера.

Раннее распознавание самых незначительных симптомов начинающегося развития астении и вегетативных неврозов и своевременное применение профилактических мероприятий предотвращают дальнейшее развитие болезни. Создание изолирующей маски поможет сохранить полноценное здоровье и боеспособность летного состава.

★

Полковник мед. службы М. А. ПИВОВАРО

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ УСЛОВИЙ РАБОТЫ ЛЕТЧИКА

С первых лет зарождения авиационной медицины в СССР авиационные врачи интересовались мероприятиями по увеличению безопасности и комфорта работы летного экипажа. Широко известны имена старых исследователей в этой области: Минца, Добротворского, Розенберга и др.

Авиационными врачами внесено очень много предложений по улучшению рабочего места экипажа, снаряжения летного состава, его обмундирования и т. д. и многие из этих предложений успешно реализованы.

Теперь авиационные врачи с еще большей энергией трудятся над вопросами рационализации оборудования кабины самолета и защиты экипажа от боевых поражений. Поступающие в большом количестве рационализаторские предложения врачей проникнуты стремлением помочь летчику, штурману, стрелку в их трудной и опасной работе.

Вступая очень часто в противоречие с техническими возможностями и производственными соображениями, врач-рационализатор испытывает большой соблазн итти по линии наименьшего сопротивления, по линии паллиативов, а не коренного, принципиального решения вопроса. При таком половинчатом решении задачи страдают те, на облегчение участи которых направлены старания рационализаторов.

При выборе способов обеспечения безопасности и комфорта экипажу самолета следует положить в основу два принципа, сохраняющих свое значение и при оценке того или иного изобретения или рационализаторского предложения.

Один из этих принципов, очень давний, гласит: «Non nocere» («Не вредить»). В нашем деле этот принцип можно было бы выразить так: «Не мешай». Не мешай летчику, штурману, стрелку своими изобретениями или рационализаторскими предложениями.

Рационализация годится только в том случае, если она не мешает экипажу работать и воевать. Если же усовершенствование, принося некоторую пользу, например, защищая от пуль или осколков, одновременно сковывает движения, ограничивает обзор или иным способом мешает нормальной боевой деятельности, оно может принести не пользу, а вред.

Уже сейчас летчик и штурман перегружены различными приспособлениями, которые висят на них или которыми они прикованы к борту: кислородная маска со шлангом, шлемофон с проводами, парашют с его тяжелыми лямками, тяжелое меховое обмундирование и обувь, личное оружие, очки, паек и аптечка. Всякий лишний предмет обмундирования или оборудования может явиться большой помехой и вводить его надо с осторожностью.

Второй принцип вытекает из первого и может быть сформулирован так: «Не обременяйте членов экипажа приспособлениями, которые могут быть прикреплены к борту самолета».

Оба эти принципа зачастую нарушаются рационализаторами.

Например, вопросы защиты летного состава в боевом самолете от осколков снарядов и огня пулеметов противника могут быть разрешены двояко: либо бронированием самолета, либо путем надевания отрезков брони непосредственно на экипаж самолета.

Замечено, что у воздушных стрелков на одном из самолетов чаще, чем у других категорий летного состава, страдает туловище (14% против 2—8% у других категорий). Доцент Московского института стали т. Минкевич предложил применять для защиты стрелков на этих самолетах специальные броненагрудники и бронежилеты. Такие броне-

нагрудники предлагались для стрелков на самолете С-Б еще в финскую кампанию, но были отвергнуты. Во вторую мировую войну их применили немцы для мотоциклистов, но скоро от них отказались. Имеются сведения, что подобные жилеты, защищающие грудь и спину, применяются англичанами на некоторых самолетах.

В 1943 г. партия броненагрудников и бронежилетов была завезена в одну из штурмовых авиадивизий; после испытания в боевых полетах эти приспособления получили отрицательную оценку стрелков; нагрудник (весом до 6 кг) для стрелка, вынужденного проявлять в своей работе значительную активность при отражении атак неприятельских самолетов, являлся большой помехой и, сковывая его движения, представлял собой классический пример нарушения обоих ранее упомянутых нами принципов.

При анализе статистики ранений выяснилось, что больше всего поражаются в бою нижние конечности стрелка (42,6%) и что их-то и нужно защищать в первую очередь. Конструктор самолета отказался сделать это, заявив, что самолет перегружен и кусок брони, положенный под ноги стрелка, может изменить центровку самолета. Однако стрелки и техники на фронтах сами провели это мероприятие, положив на пол задней кабины броню, взятую с передней части фюзеляжа разбитых самолетов, что дало очень хорошие результаты, снизив поражения ног и туловища стрелка и нисколько не изменив центровки.

Позже конструктор оказался вынужденным пойти на весьма заметные изменения в схеме бронирования своего самолета, и надобность бронирования человека вместо бронирования самолета отпала. На вновь сконструированных самолетах того же типа можно заранее предусмотреть и предотвратить поражения с основных направлений, рационально разместив броню, защитить конечности, туловище и даже голову. При обсуждении схемы бронирования самолета всегда надо помнить о трех моментах:

1. Самолет не должен быть перегружен броней, ибо тогда он превратится в «летающий танк», потеряет скорость и маневренность, его уязвимость увеличится не в одном-двух пунктах, а в целом, и он будет сбит вместе со своим экипажем. Большое превосходство в скорости является для самолета и экипажа значительно лучшей защитой, чем броня.

2. Во время войны ранения неизбежны и приходится думать не только о защите экипажа, но и о возможности нанесения максимального вреда противнику. Самолет — средство нападения, а не защиты.

3. При анализе медицинской статистики нельзя придавать исключительное значение процентам, так как показатели, вычисленные в процентах, всегда имеют ценность только внутри одной группы. Нельзя сравнивать, например, поражения нижних конечностей у летчиков разных видов авиации и даже на разных типах машин одного вида авиации, так как неодинаково количество действующих машин и количество боевых вылетов, различна тактика ведения боя нашими самолетами и тактика нападения противника. Все эти моменты надо учитывать при оценке эффективности брони и ее способности защитить тот или иной участок тела. Процентные показатели должны всегда корригироваться показателями поражений, вычисленными в абсолютных по отношению к боевым вылетам цифрах, иначе трудно оценить боевую «живучесть» и относительную «безопасность» того или иного самолета.

Начиная с 1942 г., ряд врачей (Выломов, Левашев, Спасский и инженеры Минкевич и Сорока) предложил специальные каски различной конструкции для защиты головы летно-подъемного состава.

Выломов предложил сплошную металлическую каску, Левашев и Спасский построили, в развитие предложения Выломова, каску из от-

дельных фасеток. Минкевич взял за основу обычную пехотную каску, прикрепил назатыльник, обрезал поля и несколько укоротил.

Инженер Сорока предложил несколько модификаций касок, в том числе некоторые весьма курьезные. Например, он построил два сплошных панцыря, закрывающих стрелка или летчика от головы до пояса.

Другие два экземпляра касок хотя и называются облегченными, но весят около 2 кг и, конечно, должны сильно утомлять голову летчика или стрелка. Особенно сильно эта нагрузка будет чувствоваться при выходе из пике и других эволюциях самолета. Кроме того, каски Сороки резко ухудшают обзор и ограничивают подвижность головы в стороны и вверх.

С этих точек зрения каска Минкевича дает ряд преимуществ: она легче (600—800 г), проще в изготовлении (делается за полчаса из стандартной каски), не так сильно мешает обзору и подвижности.

Однако при оценке всякой каски надо помнить следующее:

1. Каска защищает только от мелких осколков («брызг») металла, которые не дают опасных или смертельных поражений.

2. Каска не защищает лица и глаз, а ведь именно поражения глаз всего опаснее.

3. Каска вовсе непригодна для летчиков, — ею могут пользоваться только стрелки.

4. Каска утомляет голову и ограничивает обзор.

5. Эффективная защита черепа и лица от осколков брони и снарядов может быть достигнута путем так называемого экранирования брони, т. е. покрытия брони слоем фанеры, мягкого железа или каучука.

6. Защита головы сверху и сзади от огня пулеметов и пушек может быть зачастую достигнута применением заголовников и подголовников.

Тов. Кадкин выяснил, что на самолетах у стрелков череп ранится в 2% случаев, а лицо — в 4,5%, каска же защищает только череп, а не лицо; поэтому применение каски неактуально.

Дивизионный врач Туманов, а затем генерал-лейтенант медицинской службы Л. Г. Ратгауз предложили защитить левую руку летчика-истребителя специальным щитком — подлокотником, так как левая рука ранится чаще, чем правая. Сейчас это предложение осуществляется на некоторых самолетах.

Для защиты головы от огня противника сверху и сзади на всех самолетах-истребителях введены теперь заголовники и на некоторых самолетах надголовники из прозрачной брони. На других самолетах такие надголовники и заголовники сделаны из непрозрачной брони.

Это мероприятие, как и предыдущее, не противоречит нашим двум основным принципам и является весьма эффективным.

Известно, что повреждения головы при авариях встречаются довольно часто. Старые авиационные врачи помнят, что защита головы от повреждений в 1920—1926 гг. решалась применением специальных пробковых касок, надеваемых на голову летчика. Эти каски были очень тяжелы и неудобны, так как представляли большое сопротивление потоку воздуха. После 1926—1927 гг. никто больше не встречал этих касок. Появились требования об установке амортизующих мягких приспособлений на все выступающие предметы в кабине самолета. Эти требования держались до начала последней войны. Так как эта мера дает очень небольшой эффект, сейчас мы требуем, чтобы все выступающие части кабины не прикрывались амортизаторами, а вовсе убирались. Действительно, прицел пулемета, прикрытый резиновой подушечкой, все равно вызывает повреждения головы. Прицел пулемета, вовсе убранный из кабины, никаких повреждений не вызовет.

Особняком стоит предложение старого авиационного врача А. И. Козлова. Для уменьшения количества повреждений летчиков при ава-

риях на самолете ИЛ-2, он предложил приварить железный прут в кабине этого самолета. Он назвал свой прут «амортизационной хордой» и рекомендовал летчику перед аварийной посадкой бросать управление и упираться обеими руками в его «хорду». Тов. Козлов закрепляет свое приспособление к борту самолета, но это заведомо мешает летчику. Кроме того, можно предположить, что «амортизационная хорда» не спасет летчика от повреждений, а вызовет лишь дополнительные ушибы и переломы.

Надо думать, что вопрос профилактики повреждений головы и плечевого пояса при авариях радикально решается только применением регулируемых ремней и сиденья. Еще в 1923 г. поднимался вопрос о ремнях и сиденьях как едином целом (Сергеев). Позже этим вопросом занимался Левашев. Сейчас энтузиастами ремней-сидений как единого агрегата являются генерал-лейтенант медицинской службы Л. Г. Ратгауз и В. К. Шабаев.

Ремни и сиденья, регулирующиеся в полете и позволяющие фиксировать плечевой пояс летчика к спинке перед аварийной посадкой, несомненно, уменьшают число повреждений при авариях. Такие ремни и сиденья имеются на американских самолетах и дают хорошую защиту головы от ушибов при авариях.

В 1941—1942 гг. наблюдалось значительное количество ожогов лица и рук у летного состава. На это было обращено внимание и в 1942 г. Спасский и Левашев сконструировали специальные маски и перчатки из материала, пропитанного особым составом, делающим материал негорючим. Тысяча таких масок и перчаток была разослана в различные авиационные корпуса, откуда вскоре стали получаться отрицательные отзывы.

Нам писали, что материал масок горит, что маски сделаны небрежно и неудачно, что их трудно применять в полете, так как они ограничивают поле зрения. Маски мешали очкам и имели другие дефекты. Кроме того, некоторые (например Козлов) подсчитали, что один ожог лица приходится на 300 боевых вылетов. Другие сообщили, что на многих самолетах пожар возникает так быстро, что пользоваться маской некогда, так как надо покидать машину с парашютом. Основной же довод против этих масок заключается в резком уменьшении числа ожогов и пожаров вследствие улучшения противопожарных мероприятий.

Исходя из сказанного выше, можно рекомендовать следующие принципы для оценки поступающих рационализаторских предложений, а также при планировании научной работы в соответствующих учреждениях.

1. Соблюдать два основных положения:

а) не мешать летному экипажу своими усовершенствованиями;

б) крепить все усовершенствования к борту самолета, а не на членов экипажа.

2. Не увлекаться паллиативами, добиться кардинального решения задачи, бороться с косностью некоторых конструкторов и строящих организаций.

3. Изучать не только современную материальную часть, но и авиацию в целом, т. е. условия труда летчика, штурмана, стрелка на современном самолете.

4. Использовать опыт врачей, техников и летчиков на фронтах.

5. Внимательно изучать статистику повреждений, делая из нее правильные выводы.

6. Добиваться быстрейшего продвижения и осуществления правильных и дельных предложений, проявляя больше настойчивости в этой области.

★

Полковник мед. службы Н. А. ПОЛЯКОВ

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСТУПАТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ N-СКОЙ АРМИИ (ДУХОВЩИНСКАЯ ОПЕРАЦИЯ)

Для наступательной операции характерно сосредоточение на сравнительно узкой полосе большого количества войск и техники, предназначенных для прорыва обороны и преследования противника. При этом действующие войска могут отрываться от своих баз снабжения, что требует от тыловых частей и учреждений непрерывного маневра силами и средствами.

Наступательные действия войск требуют тщательной организации медицинского обеспечения. Обычно первый этап наступательной операции характеризуется значительными санитарными потерями. Перед началом операции начальник медицинской службы должен умело расставить свои учреждения и своевременно передвигать их в ходе операции. Это особенно относится к госпиталям первой линии, следующим непосредственно за МСБ.

В наступательных операциях медицинские учреждения войскового района вынуждены часто менять свою дислокацию. Это требует от них большой мобильности, что достигается постоянной тренировкой личного состава в свертывании и развертывании учреждения в самых различных условиях: в лесу, в поле, в разрушенном или сохранившемся населенном пункте.

Медицинское обеспечение наступательной операции армии требует от начальников медицинской службы большой инициативы и настойчивости в проведении в жизнь принятых решений.

В ходе операции неоднократно возникала необходимость принятия инициативных решений по вопросам маневра силами и средствами медицинской службы. Непрерывное изменение обстановки, направления движения войск требуют по ходу операции от начальника медицинской службы своевременных и правильных решений по вопросам оказания помощи пострадавшим и их эвакуации. Особенно важна работа, которая должна быть проведена в подготовительный период наступательной операции. Продолжительность этого периода может колебаться от 10 до 30 дней и больше.

Опыт трех крупных наступательных операций армии — холмской, великолукской и духовщинской, в которых нам пришлось планировать медицинское обеспечение, подтверждает сказанное.

Генерал-полковник медицинской службы Е. И. Смирнов в своей книге «Вопросы организации и тактики санитарной службы» и в письмах к начальникам медицинской службы дает следующие положения, которые являются исходными при планировании медицинского обеспечения боевых операций. Этапное лечение с эвакуацией по назначению и своевременной специализированной помощью — основной закон медицинской службы Красной Армии.

План медицинского обеспечения наступательной операции армии должен составляться на основе этого закона.

Всякая наступательная операция армии имеет свои особенности, зависящие от целого ряда конкретных обстоятельств: местности, времени года, погоды, численного состава армии, степени материального и технического обеспечения армии и т. д. В зависимости от этих особенностей варианты медицинского обеспечения могут быть различны.

Характеризуем медицинское обеспечение в боевой наступательной операции армии по разгрому духовщинской группировки противника (1943 г.).

Боевые действия войск имели четыре основных этапа:

1. Преодоление предполья, прорыв переднего края и бои в глубине обороны — с 13.VIII по 14.IX.
2. Прорыв второй линии обороны противника — с 14.IX по 19.IX.
3. Преследование отходящего противника — с 19.IX по 11.X.
4. Переход к временной обороне — с 11.X.

На первых двух этапах медицинские силы были направлены на обеспечение развертывания максимального числа койко-мест в лечебных учреждениях армии; третий этап требовал высокой подвижности и оперативности в маневре силами и средствами медицинской службы.

Наибольшее число санитарных потерь падает на первые два этапа. Сравнительно небольшая растяжка путей эвакуации позволяла свободно разрешить задачу своевременного оказания помощи раненым и больным и эвакуации по назначению.

Третий этап характерен большой растяжкой путей эвакуации, но сравнительно небольшими санитарными потерями. Армия, преследуя отходящего противника, вышла в район действий Западного фронта, на автостраду Москва—Минск и на железную дорогу Смоленск—Москва. Потребовалось переключить эвакуацию на госпитальную базу Западного фронта, что и было сделано через Главсанупр Красной Армии.

На четвертом этапе армия подтягивала тылы и перебазировала их на новые коммуникации.

Духовщинский плацдарм немцы готовили 2 года, строя по последнему слову техники оборонительные рубежи (три) с применением закопанных в землю бронеколпаков.

На переднем крае немецкой обороны на каждый километр фронта приходилось 8 дзотов, большое количество площадок для минометов и пулеметов, перед которыми находился тройной барьер проволочных заграждений с минными полями большой плотности. На десятки километров тянулся противотанковый ров. За первой оборонительной полосой протекала извилистая река с заболоченной поймой. На южном высоком (до 42 м) берегу были устроены трехъярусные траншеи, насыщенные огневыми средствами. Многочисленные селения в глубине обороны были превращены в прочные опорные пункты. Лесисто-болотистая местность и начавшаяся осенняя распутица значительно осложняли решение задач для наступающих войск.

Цель операции: разгромить и уничтожить духовщинскую группировку противника, овладеть Духовщиной, выйти на р. Хмость, во взаимодействии с соседней армией овладеть Ярцевым и после этого приступить к выполнению задач по овладению Смоленском.

К 13.VIII все части и соединения заняли исходное положение. Утром началась артиллерийская подготовка, продолжавшаяся 40 минут.

В результате стремительного удара наши части прорвали передний край и глубину обороны противника и продвинулись вперед на 3—5 км. Начались затяжные бои в глубине обороны противника (рис. 1).

Противник ввел большое количество авиации, которая непрерывно бомбила боевые порядки наступающих частей. В день насчитывалось более сотни самолето-вылетов. Противник неоднократными контратаками, поддерживаемыми самоходными орудиями и танками, препятствовал

продвижению наших частей. К концу августа бои приняли характер ожесточенных схваток за отдельные выгодные в тактическом отношении высоты и населенные пункты.

Так как противник в направлении главного удара сконцентрировал большие силы, командование решило нанести главный удар правым крылом армии.

Части перешли к временной обороне, и началась перегруппировка сил.

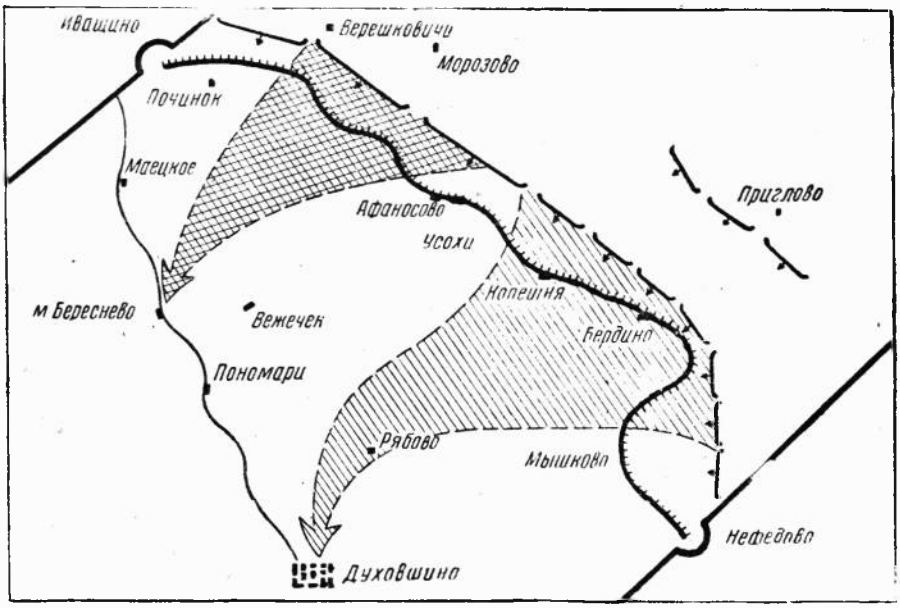


Рис. 1. Направление ударов в I этапе

Для дезинформации противника наши части, сосредоточивая силы на правом крыле для главного удара, инсценировали переход к жесткой обороне: производили инженерные работы по установке проволочных заграждений, ложных минных полей, строительству дзотов, блиндажей.

На левом же крыле производились демонстративные сосредоточения войск, пристрелка, велась разведка, наводились мосты и переправы для танков и т. п.

Сосредоточившись для удара на правом крыле, войска армии в 10 час. 20 мин. 14.IX.1943 г. после 95-минутной артиллерийской подготовки и авиационной обработки переднего края противника перешли в наступление. Преодолевая упорное сопротивление противника, наши части прорвали главную линию его обороны. На следующий день утром части Красной Армии возобновили наступление по всему фронту и к вечеру 16.IX вышли на северную окраину Духовщины.

В результате упорных боев наши войска выбили противника с промежуточного рубежа и 19.IX овладели Духовщиной.

19.IX N-ская армия начала усиленное преследование противника. Заняв Смоленск, преследуя противника, 26.IX вышла в район Каспля, а к 27.IX вышла к г. Рудня—Микулино.

Преодолевая холмистую местность, реки и озера и сильно укрепленный рубеж, части Красной Армии вынудили противника к 11.X отойти на рубеж обороны Витебска по р. Ольша. Готовясь к новым наступательным боям, войска нашей армии перешли к временной обороне.

При подготовке к операции начальником медицинской службы были поставлены следующие задачи:

1. Организовать быстрый вынос раненых с поля боя, приблизить квалифицированную помощь к войскам, исключить многоэтапность в лечении и эвакуации раненых, строго выдерживать принцип системы этапного лечения и эвакуации по назначению, для чего разделять поток раненых и больных на следующие группы: а) нуждающихся в общей хирургической обработке; б) нуждающихся в специализированной помощи; в) легко раненых; г) инфекционных больных; д) терапевтических больных.

2. Обеспечить четкую и грамотную документацию; проводить при эвакуации тщательную сортировку, указывая в эвакодокументах этап назначения; не допускать преждевременной эвакуации нетранспортабельных.

3. Обеспечить мобильность и маневренность медицинских учреждений, полностью осуществлять назначение госпиталей первой линии, как средства усиления МСБ, дислоцируя их в районе МСБ с задачей приема раненых при перегрузке МСБ.

4. При любой боевой обстановке держать тесную связь между госпиталями первой линии и МСБ, иметь четкий пикетаж на всех этапах эвакуации войскового и армейского районов.

5. Проводить повседневно санитарно-эпидемиологическую разведку занимаемой территории, не допускать использование пищевых продуктов и напитков, захваченных у противника, без предварительного лабораторного их исследования, избегать размещения войск в населенных пунктах, обеспечить раннюю изоляцию инфекционных больных, усилить профилактику желудочно-кишечных инфекций; на всех этапах эвакуации проводить санитарную обработку раненых; выделить в состав разведывательных рот представителей медицинской службы для ведения санитарно-эпидемиологической разведки в тылу противника.

6. Пополнить все лечебные учреждения медико-санитарно-хозяйственным имуществом и кровью.

Одновременно с перегруппировкой лечебных учреждений аппарат начсанарма приступил к составлению лечебно-эвакуационного плана и плана противоэпидемической защиты войск.

Госпитальные и санитарно-транспортные средства армии были усилены за счет резерва фронта; был выделен отряд нартовых упряжек. Распоряжением начальника Санупра фронта обеспечивалась своевременная высылка санитарных самолетов для транспортировки раненых из спецгоспиталей. Санупром фронта увеличены средства медицинского усиления тремя общехирургическими и тремя спецгруппами. Средства противоэпидемической защиты были доукомплектованы. Армия располагала необходимым количеством полевых прачечных и банных отрядов.

Около 42% всех госпиталей армии обеспечивали первую линию; руководство ими было возложено на начальника ГПЭП, являвшегося одновременно начэваконаправления левого фланга и центра.

В состав группировки госпиталей первой линии входили спецгоспиталь, ТППГ, ИГ и 8 хирургических ППГ. Здесь же были сосредоточены автомобильный и конный санитарные транспорты для эвакуации раненых и больных из МСБ и ХППГ первой линии.

В районе госпиталей первой линии располагались передовые отделения складов: продовольственного, артиллерийского и санитарного. Такая дислокация позволила использовать авто- и гужпорожняк под эвакуацию раненых (рис. 2).

Остальные лечебные учреждения составляли госпитальную базу армии и располагались в районе выгрузочной станции. Они возглавля-

лись начальником второго ГПЭП, который обеспечивал железнодорожную эвакуацию.

К месту расположения этого ГПЭП к началу операции был подведен прямо в лес специальный железнодорожный подъездной путь. Поскольку вся армия базировалась на одну железнодорожную ветку Земцы — Ломоносов — Пречистое, на случай возможного вывода ее из строя мы оставили в запасе один ГПЭП и госпиталь в районе Оленина и один госпиталь в районе Белого. Эти учреждения в ходе операции были включены в состав госпитальной базы армии. На ПЭП была возложена организация безотказного приема раненых от госпиталей первой линии на госпитальную базу, эвакуация за пределы армии и своевременное обеспечение горючим и предметами хозяйственного обихода.

Перед началом операции начсанарм получил от командования армии подробную информацию о масштабах предстоящей операции, численном составе армии, группировке войск и их ближайших задачах. Начальник тыла армии дал исчерпывающие указания по организации, дислокации и подготовке тылов армии к предстоящей операции.

Начсанфронта, прибывший в армию для проверки подготовки к операции, дал указания начсанарму по вопросам лечебно-эвакуационного обеспечения и информировал его об организации лечебно-эвакуационного обеспечения операции фронтовыми учреждениями.

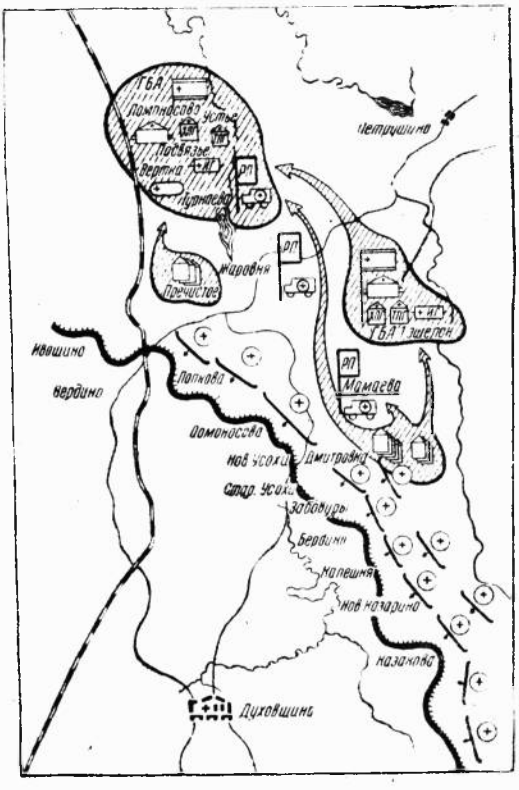


Рис. 2. Дислокация медицинских учреждений и направление эвакуации

На основе всех этих данных был составлен план лечебно-эвакуационного обеспечения предстоящей операции, утвержденный начальником тыла армии. Начальник Санитарного управления фронта внес в план некоторые изменения и полностью обеспечил требования начсанарма по усилению армии госпиталями, личным составом, хирургическими группами, транспортом и санитарно-хозяйственным имуществом.

Лечебно-эвакуационный план был составлен с учетом следующих данных:

1) численный состав армии к началу операции;

2) длительность первого этапа операции — 15 суток;

3) предполагаемое количество санитарных потерь — 12—15% от общей численности армии за весь первый этап эвакуации.

Мы исходили из предположения, что из общего количества санитарных потерь:

а) 10% остаются в войсковом районе;

б) 90% поступают в армейские лечебные учреждения;

в) из этого количества больных будет около 0,6%;

г) из этого же числа 50% будут направлены в армейские и фронтовые госпитали для легко раненых;

д) остающиеся 49,4% поступают в хирургические госпитали.

Так как штатное число коек в имевшихся лечебных учреждениях (включая и присланные на усиление) было значительно ниже предполагавшегося по плану поступления раненых, решено было предложить: хирургическим ППГ удвоить количество развернутых коек, эвакуационным госпиталям и эвакоприемникам развернуть дополнительно 50% койко-мест сверх штата.

В результате этой меры в армии создавалось такое количество койко-мест, которое вполне обеспечивало предположенные потребности.

Имевшимся санитарным транспортом (включая полученное усиление) мы могли обеспечить перевозку приблизительно 50% предположенного суточного поступления раненых, остальные 50% приходилось вывозить авто-гужпорожняком управления тыла. Мы добились у нач-автоотдела приспособления автопорожняка для перевозки раненых и захода его по нашим маршрутам в наши лечебные учреждения.

Нартовые собачьи упряжки работали между этапами БМП, ПМП, гужтранспорт — между этапами ПМП — ДМП (ППГ первой линии); автосантранспорт армейский — между ДМП (ППГ первой линии) и распределительным постом ГПЭП на грунте; автосантранспорт фронта — между распределительным постом ГПЭП на грунте и распределительным постом ПЭП (на железной дороге).

Расчеты лечебно-эвакуационного плана имели некоторое расхождение с фактическим положением дел, но в основном оказались правильны.

Основной идеей организации медицинской помощи было приближение ранней квалифицированной хирургической помощи к войскам и претворение в жизнь идеи этапного лечения и эвакуации по назначению.

Наличие ГПЭП на грунте, усиленного хирургами, и подчинение ему ХППГ первой линии полностью себя оправдали и позволили нам решить поставленную задачу.

Своевременное переключение потока раненых с помощью распределительного поста (РП) на свободные госпитали позволяло проводить хирургическую обработку в течение первых суток. Мы полностью исключили отправление легко раненых в тыл пешком, используя для транспортировки этой категории раненых авто- и гужпорожняк.

Все хирургически обработанные раненые из МСБ и ППГ первой линии правого фланга армии эвакуировались непосредственно на ГБА через РП ПЭП; МСБ и ППГ первой линии центра и левого фланга армии вели эвакуацию на ГБА через РП ГПЭП на грунте.

Хирургически не обработанные раненые направлялись в ХППГ первой линии.

Нуждающиеся в специализированной помощи (раненные в челюсть, череп, глаз, ЛОРорганы, крупные суставы, бедро, грудную клетку, урологические раненые) эвакуировались на санитарном транспорте из МСБ непосредственно в спецгоспитали. Для расширения специальной помощи были выделены госпитали для приема раненных только в бедро и суставы. В эти госпитали были подобраны специалисты-гипсовальщики (рис. 3).

Легко раненые со сроком лечения до 30 суток направлялись только в ГЛР. При МСБ и госпиталях развернуты команды выздоравливающих.

Терапевтические больные со сроком лечения до 30 суток направлялись в ТППГ, ТЭГ и ГЛР (рис. 4).

Инфекционные больные непосредственно из частей направлялись в ИГ.

Медицинская служба войскового района была полностью укомплектована личным составом. В распоряжении начальника эваконаправления имелся резерв санинструкторов и санитаров, за счет которого пополнялась убыль медсостава в войсках.

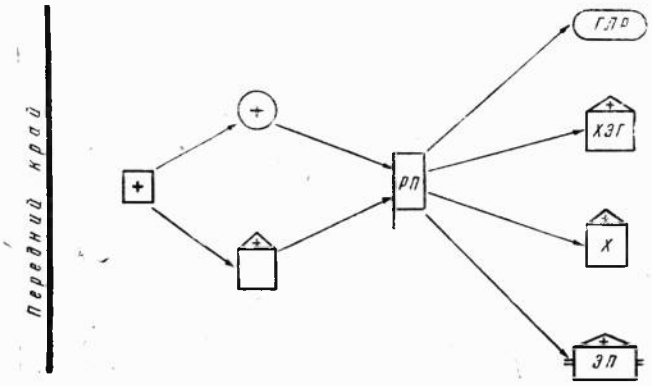


Рис. 3. Эвакуация раненых, нуждающихся в специализированной помощи

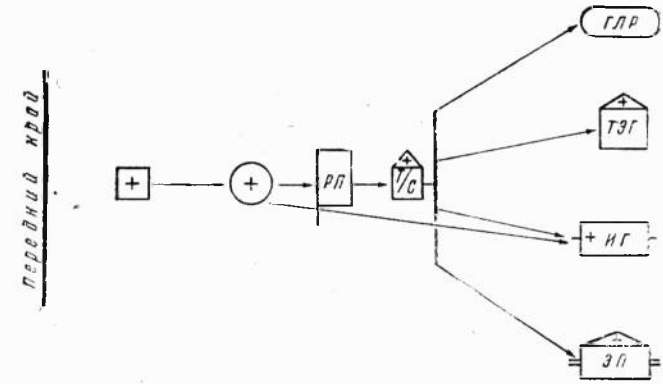


Рис. 4. Эвакуация терапевтических больных

В соответствии с приказом начальника тыла Красной Армии были выделены дополнительные санитары в ротах и батальонах из числа бойцов, которые прошли двухнедельную подготовку при МСБ.

На исходном положении БМП, ПМП и ДМП были развернуты в полном объеме для приема большого количества раненых. Располагались они в блиндажах и землянках. ПМП были расположены в 1,5—2 км, а ДМП в 3—5 км от переднего края. Наибольшее количество раненых было на первых двух этапах операции. Наши медицинские учреждения с поставленной задачей справились вполне удовлетворительно.

Сроки поступления раненых на этапы эвакуации были следующие:

Время поступления с момента ранения	На ПМП (в %)	На ДМП (в %)
0—3 часа	54,7	8,6
3—6 часов	31,6	35,4
6—9 »	6,6	8,2
9—12 »	3,4	24,1
Свыше 12 часов	3,7	23,7

Из этих данных видно, что основная масса раненых — 86,3% — поступила на ПМП в течение первых 6 часов. Раненые выносились с поля боя вполне своевременно, несмотря на весьма неблагоприятные условия боевой обстановки — интенсивный ружейно-пулеметный и артиллерийский огонь и открытую болотистую местность.

Прошедшим через этапы войскового района раненым первая помощь оказывалась на поле боя:

	В порядке самопомощи	В порядке взаимопомощи	Санитаром	Санинструктором	Фельдшером	Врачом
	в процентах					
В первом месяце операции	7,5	19,2	31,5	34,9	6,2	0,7
Во втором месяце операции	11,3	13,6	34,3	28,7	10,6	1,5

Из таблицы видно, что 73—75% раненых получили первую помощь на поле боя от работников медицинской службы.

С прорывом переднего края и началом интенсивного движения вперед наших частей вынос раненых значительно облегчился. Транспортировка раненых велась с БМП и ПМП транспортом ПМП, а также обратным гужтранспортом полка. ПМП получали для усиления также транспорт с ДМП.

Начиная с ПМП, производилось разделение раненых на тяжелых и легких. Окончательная сортировка производилась на ДМП. Благодаря своевременной разгрузке ПМП и ДМП сохраняли свою мобильность и маневренность. За время операции ДМП передислоцировались по 10—13 раз.

Для освобождения ДМП от нетранспортабельных раненых были созданы носилочные отряды за счет ДМП и ХППГ первой линии, которые переносили нетранспортабельных в ППГ первой линии.

Большую роль в деле быстрейшего выноса раненых с поля боя сыграл отряд собачьих нартовых упряжек. Отделения нартовых собачьих упряжек (по 7 упряжек в каждом) придавались полкам. Работали упряжки в ротном и батальонном районах. Их работа в условиях бездорожья обеспечивала своевременный вывоз раненых. В отдельных соединениях на упряжках было вывезено с поля боя до 50% всех раненых. Этот вид транспорта, так полезный зимой, себя вполне оправдал и в летних условиях.

Из всего количества раненых, поступивших в госпитали армии, было оперировано 42,6%, на ГБА 18,2%. Основная масса раненых была оперирована в госпиталях первой линии и спецгоспиталях. Раненые, поступавшие в госпитали первой линии, подвергались оперативному вмешательству в 93,3% случаев, в спецгоспитали — в 45% случаев.

При анализе цифр первично поступивших в госпитали и общего количества лечившихся в госпиталях видно, что в среднем каждый раненый до момента погрузки в вагон санитарного поезда прошел три этапа эвакуации.

Учитывая растяжку наших коммуникаций до 180—200 км, надо считать эту цифру удовлетворительной. Она свидетельствует о правильном понимании медицинскими работниками вопросов этапного лечения с эвакуацией по назначению.

Процент переливания крови по госпиталям равен 9,3, т. е. в среднем каждому 11-му раненому делалось переливание крови.

Госпитали израсходовали значительное количество гипса для наложения гипсовых повязок.

Смертность в наших армейских госпиталях за период операции выразилась в 2,1%.

Расставив госпитали по профилю, мы получили следующую картину их хирургической работы.

При огнестрельных ранениях бедра с переломом кости и проникающих ранениях суставов операции производились во всех госпиталях однотипно по методике проф. Юдина. Основной операцией при ранениях крупных суставов нижних конечностей с разрушением костей являлась первичная резекция суставов с глухой гипсовой повязкой. При проникающих ранениях в крупные суставы оперативные вмешательства произведены были в 63,8% случаев. Ампутации на всю группу раненных в суставы и бедро с переломом кости произведены в 8,3% случаев. Наибольшее число ампутаций вызывалось газовой инфекцией.

Смертность в госпиталях ГБА при ранениях бедра с повреждением кости — 7,6%, при ранениях крупных суставов — 3,5%. Причиной смертности является в основном газовая инфекция.

По вопросам лечения проникающих ранений грудной клетки мы дали следующие установки: при гемотораксе — раннее и полное откачивание жидкости со второго дня ранения, начиная с ДМП; в ХППГ — повторное откачивание; при пиотораксе — оперативное лечение (дренаж, резекция ребра с клапанным дренажем или сифоном); при вторично открывшемся пневмотораксе — окклюзионная повязка с клапанным дренажем.

Всего на общее количество раненых, поступивших в спецгоспитали, было 2,7% с проникающими ранениями грудной клетки. Из них 32,8% были с открытыми пневмотораксами.

Черепно-мозговые раненые поступали в спецгоспитали в основном в течение первых суток. Всего раненных в череп было 6,3% от общего количества раненых; раненных в мягкие ткани было 12,5%, с повреждением костей — 45,6%, с повреждением мозгового вещества — 41,1%.

Из всего количества раненных в череп подверглось оперативному вмешательству 52,8%. Остальные были эвакуированы самолетами во фронтовые госпитали. Процент смертности среди раненных в череп 8,3.

Все раненные в челюсть были доставлены в спецгоспитали. Они составили 0,18% общего числа раненых. Смертность среди этой категории раненых была 1,1%. На всех этапах эвакуации питание этих раненых было хорошо организовано.

Раненные в ЛОРорганы составили 0,2% общего числа; в большинстве случаев это были комбинированные ранения. Смертности не было.

Через госпитали легко раненых прошло 23% общего количества раненых. Процент возвращения в строй по всем ГЛР равен 85,6. Лечение заключалось в наложении первично-отсроченных и вторичных швов. Кроме того, применялись методы консервативного сближения краев раны. Средняя продолжительность лечения после применения вторичного шва была 14—19 дней.

Санитарно-эпидемиологическая обстановка в войсках армии во время операции была вполне благополучной. Однако на вновь занятой территории было зарегистрировано среди гражданского населения 42 случая сыпного тифа.

Для профилактики инфекционных заболеваний было создано три эпиднаправления, во главе которых были поставлены: главный эпидемиолог фронта, армейский эпидемиолог и начальник СЭО. На каждом

направлении имелась одна подвижная лаборатория СЭО, взвод ОДР, прачечный отряд, банный отряд и запас дезсредств.

Начальник эпиднаправления руководил санитарно-эпидемической разведкой, вел санитарно-эпидемиологическое наблюдение за занятой территорией, организовывал и контролировал санитарную обработку раненых на этапах эвакуации. В целях предупреждения распространения инфекционных заболеваний мы уделили большое внимание изоляции заразных больных из числа гражданского населения. С этой целью во вновь занятых районах мы создали шесть гражданских инфекционных больниц; кроме того, часть инфекционных больных граждан была изолирована в ИГ.

Регулярно проводился опрос военнопленных. Было выяснено, что в немецко-фашистских войсках имели место многочисленные заболевания туляремией, установлено наличие заболеваний сыпным тифом и желудочно-кишечными инфекционными болезнями, причем лечение дизентерийных больных проводилось в войсковом районе.

Основной задачей эвакуации и лечения терапевтических больных было: а) исключить эвакуацию нетранспортабельных больных; б) не допустить эвакуацию амбулаторных больных; в) уменьшить процент диагностических ошибок; г) провести в полном объеме эвакуацию по назначению; д) увязать всю работу с эпидемиологической службой.

К началу операции ТППГ были сосредоточены на флангах. Командиры госпитальных взводов МСБ были проинструктированы о порядке эвакуации. Были проверены лаборатории МСБ и развернуты дополнительно лаборатории в ХППГ.

Терапевтические больные от общей суммы поступивших за время операции раненых и больных составили 12,4%. Из числа поступивших больных возвращено в строй 67,3%, эвакуировано 32%, умерло 0,4%. У больных, поступивших в наши ТППГ, установлены следующие заболевания (в процентах к общему количеству больных): болезни органов дыхания — 11,6, болезни органов пищеварения — 8,4, малярия — 8,1, болезни кожи — 7,4, болезни сердца — 6,5, туберкулез легких 4,3, язвенная болезнь — 2,6. Процент смертности среди терапевтических больных в МСБ равнялся 0,3 и в ТППГ — 0,7.

К началу операции на армейском санитарном складе и его передовых отделениях был создан запас основных видов медицинского имущества с расчетом активной хирургической работы всех лечебных учреждений армейского и войскового районов в течение месяца. Госпитали и МСБ были обеспечены 15-дневным запасом всей боевой группы медицинского имущества. В ходе операции медицинское имущество прибывало на армейский санитарный склад из фронтового склада, из армейского санитарного склада доставлялось на санитарном автопорожняке в передовые отделения; все МСБ, отдельные части и госпитали первой линии получали медицинское имущество из передового отделения.

Основная база для снабжения кровью была организована при ГПЭП на грунте. Для наилучшего обеспечения кровью войсковых лечебных учреждений и госпиталей первой линии были организованы филиалы основной базы крови при ХППГ первой линии. Из фронтовой базы кровь по заявкам санитарного отдела армии доставлялась на основную базу и ее отделения при ГПЭП на грунте самолетами. Из филиалов базы кровь доставлялась в МСБ и госпитали первой линии на специально выделенном автотранспорте. Лечебные учреждения ГБА получали кровь непосредственно из основной базы.

Было организовано приготовление из таблеток кровозамещающей жидкости Петрова. Жидкость Петрова, как и кровь, доставлялась на автотранспорте в лечебные учреждения армейского и войскового райо-

нов. Количество переливаний крови и кровозаменителей за период всей операции составило 9,2% от общего количества раненых.

Для приближения к войскам, наилучшего осведомления о боевой и санитарно-тактической обстановке, своевременного маневра лечебными учреждениями, непосредственного руководства ХППГ первой линии и войсковой санитарной службой при ГПЭП на грунте находилась оперативная группа санитарного отдела армии во главе с начсанармом. В состав группы входили все консультанты и, в зависимости от обстановки, представители различных отделений.

Оперативная группа имела телефонную связь с оперативной группой санитарного управления фронта, штабом армии, штабом тыла армии, со своим санитарным отделом и начсанкорами.

Руководство начсандивами и начсанбригами осуществлялось путем непрерывного посещения представителями санитарного отдела и начсанармом действующих войсковых соединений. Кроме того, от каждого соединения в оперативной группе прибывал ежедневно связной с донесениями по загрузке ПМП и ДМП. Начсанкоры также ежедневно доносили о состоянии подчиненных им соединений.

В целях большего оперативного руководства и непрерывного ознакомления соединений о месте нахождения госпиталей и других санитарных учреждений, а также об изменениях путей эвакуации начсанармом издавались «частные распоряжения», которые поступали к начсандивам в день их издания. Одновременно с вручением «частного распоряжения» по этим же вопросам производился инструктаж начальников медицинской службы.

«Частное распоряжение» всегда предусматривало вопросы эвакуации по назначению. Его выполнение непрерывно контролировалось.

Начсанарм держал тесную связь с оперативным отделом штаба армии, и потому медицинская служба могла своевременно реагировать на изменения боевой обстановки, обеспечивая выполнение решений командования по своей линии.

Большое значение для своевременного маневрирования санитарными учреждениями имела оперативная группа СУ фронта во главе с начальником СУ фронта генерал-майором медицинской службы т. Бурназян. Связь с СУ фронта осуществлялась по прямому проводу. Ежедневно замначсанарма докладывал о положении дел и получал указания. Вопросам связи уделялось большое внимание (рис. 5).

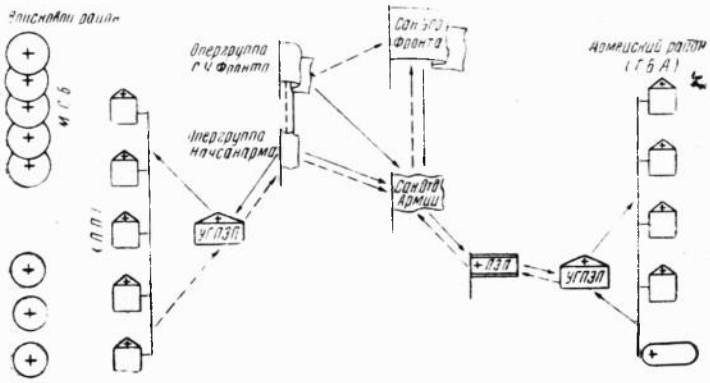


Рис. 5. Организация управления и связи

Выводы

1. Медицинская служба выполнила задачи, поставленные ей в начале операции. Вопросы эвакуации по назначению стали непреложным законом в работе медицинской службы армии.

2. Группировка лечебных учреждений на исходном положении и их маневр в ходе операции производились с учетом обеспечения этапного лечения с эвакуацией по назначению. Дислокация ХППГ первой линии в районе МСБ обеспечила своевременную разгрузку последних, позволила МСБ непрерывно следовать за своими соединениями.

3. Выделение оперативной группы санитарного отдела в район расположения ППГ первой линии дало возможность обеспечить надлежащее оперативное руководство войсковой медицинской службой и госпиталями первой линии. Опыт показал, что в ходе наступательных операций место начсанарма и его консультантов — в первом эшелоне штаба армии. Во втором эшелоне должен находиться ПЭП, который более тесно связан и более заинтересован в тылах, чем санотдел.

4. При необходимости большого и глубокого маневра МСБ надо своевременно освобождать от нетранспортабельных раненых. Последних целесообразно, если позволяют расстояния, переносить на носилках в близлежащий госпиталь, пользуясь методом подстав.

5. Особое внимание, уделенное санитарным отделом вопросу резервов, себя вполне оправдало. Нужно иметь не менее 3—4 резервных ППГ на армию. В населенных пунктах, не развертывая там госпиталей, целесообразно иметь резервные коечные места. Для подготовки места для госпиталей следует направлять их передовые группы в район расположения МСБ, на места которых и ставить госпитали.

Резерв медицинских работников должен быть в распоряжении начсанарма примерно из следующего расчета: врачей 15, фельдшеров 25, санинструкторов 100, санитаров 250.

6. Для сохранения боевых контингентов армии из числа легко раненых нужно при крупной армейской операции иметь 3—4 ГЛР, из них один обязательно в первой линии. Нужно всемерно поддерживать организацию команд выздоравливающих при всех лечебных учреждениях.

7. Собачьи санитарно-нартовые упряжки являются исключительно хорошим транспортным средством, обеспечивающим быстрейший вывоз раненых с поля боя.

8. Следует всемерно рекомендовать выдвижение ГПЭП на грунт в район ХППГ первой линии с задачей регулирования направления раненых из МСБ путем организации РП.

★

Старшина мед. службы МАЛИНОВСКИЙ

(Обработка полковника медицинской службы Н. В. Голованевского)

САНИТАРНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СТРЕЛКОВОГО БАТАЛЬОНА В ПОЗИЦИОННОЙ ОБОРОНЕ

Наш батальон занимал с 4.XII.1942 г. по 22.XI.1943 г. оборону в Ораниенбаумском районе (Ленинградский фронт) перед высотами Аудня и Парголово. Местность — открытая, с незначительным количеством отдельных деревьев и кустарника. Нейтральная зона была на левом фланге до 100 м, на правом — около 400 м.

Траншейное хозяйство батальона достигало 3 500 м траншей полного профиля, ходы сообщения на всем протяжении были обшиты жердями, имели трапы, через 200—300 м ниши для прохода встречных с носилками, боеприпасами и грузом и в низких местах водосборные колодцы и водоотводные канавки со спуском в лощину. Ширина хода сообщения достигала у основания 0,8 м, а на высоте — 1,2 м, что позволяло свободно проносить развернутые носилки. По ходу сообще-

ния были устроены противошрапнельные и противоосколочные укрытия для бойцов, которых обстрел заставал в траншеях.

Каждое стрелковое отделение имело свой просторный блиндаж с тамбуром. Блиндажи из бревен имели окна, навешенные двери и крышу с тремя-четырьмя накатами и освещались лампочками-коптилками. Каждый боец получал 250 г керосина в месяц. В летнее время нары застилались сеном, которое меняли 1—2 раза в месяц. Зимой на нары клали травяные маты, которые периодически выколачивали. В каждом блиндаже была сложена кирпичная печь с сушильным шкафом и небольшой плитой. Сушильный шкаф служил для просушки валенок, портянок, перчаток и пр.

Водоснабжение осуществлялось из открытых возле КП рот колодцев глубиной от 9 до 12 м с сосновым срубом, возвышавшимся на 30—40 см над поверхностью земли, с плотной крышкой и общим ведром. Анализ на доброкачественность воды производился периодически лабораторией МСБ или СЭО.

Простейшие выносные полевые уборные имелись в каждом стрелковом взводе, а в некоторых случаях и в отделениях. В специально вырытых отсеках траншей выкапывалась яма, куда вставлялся плотно сделанный ящик с ручками. Уборные имели жердевые стенки, крышу и дверь. По мере наполнения ящик извлекался и содержимое его закапывалось в специально отведенном месте, а ящик устанавливался на старое место.

Питание батальона осуществлялось два раза в сутки. Батальонный пункт хозяйственного довольствия находился в 4—5 км от боевых порядков. Под пищеблок был сооружен в лесу обыкновенный деревянный дом. Посредине в нем была выложена плита и установлены котлы. Для доставки пищи каждое отделение имело 12-литровый термос и жестяное ведро с плотно пригнанной крышкой. В термосе доставлялось бойцам первое, в ведре — второе блюдо обеда. Зимой доставляемая пища подогревалась на специально сделанных угольницах в тамбурах блиндажа. Помимо того, на ведрах были сделаны двойные мешочки (утеплители), между которыми накладывалась сухая трава или чешуя еловых шишек. Бойцы заготовляли в тылу дивизии древесный уголь и доставляли его в отделения.

В тылу батальона была оборудована баня пропускного типа на 15—20 человек и при ней дезинсекционная камера с такой же пропускной способностью. Сухожаровая дезинсекционная камера представляла собой комнату с деревянными стенами, обмазанными глиной и оштукатуренными. В углах стояли две печи: одна каменка, а другая из бензиновой бочки с большой площадью труб.

Приказом командира части было установлено 3 банных дня в месяц. Для мытья в бане по очереди снималось одно стрелковое отделение со всем обмундированием, плащ-палатками и прочими предметами вещевого довольствия. В бане бойцы подвергались одновременной полной санитарной обработке, так как каждое отделение имело свой отдельный блиндаж. Во время санитарной обработки в бане присутствовали санитарные инструкторы соответствующей роты.

Санитарный надзор выражался главным образом в наблюдении за чистотой в блиндажах, траншеях, за соблюдением бойцами личной гигиены, за содержанием в порядке уборных и в ежедневном осмотре бойцов на вшивость. При обнаружении педикулеза у кого-либо из бойцов весь личный состав блиндажа подвергался полной санитарной обработке. Командир санитарного взвода вел также наблюдение за пищеблоком и водоисточниками. Раз в месяц производился медицинский осмотр бойцов фельдшером батальона и врачами полка.

Раненых бывало немного: в среднем в сутки 1 раненый в роте, ча-

ще из числа бойцов, нарушающих траншейную дисциплину и предпочитающих ходить более коротким путем по верху ходов сообщения. На месте ранения оказывалась само- или взаимопомощь, а затем из блиндажа командиром взвода к раненому вызывался командир санитарного отделения роты.

Санитаров в роте не было, не было и специального блиндажа для оказания помощи раненым в районе роты. При большом количестве раненых освобождался от бойцов любой блиндаж и бойцы до окончания эвакуации раненых переходили в соседний блиндаж. После оказания помощи санитарным инструктором бойцы выносили тяжело раненого на носилках по ходам сообщения до БМП. Носилки имелись в каждом взводе. Легко раненые следовали непосредственно в головное отделение ПМП.

БМП был развернут в особом блиндаже вблизи командного пункта комбата в 2 км от боевых порядков. Блиндаж БМП из бревен с тремя накатами делился перегородкой на две части: в большей половине оказывалась доврачебная помощь, в другой — размещался личный состав санитарного взвода батальона (фельдшер, санитарный инструктор, 2 дружинницы и 1 ездовой), а при наплыве раненых — раненые, ожидающие эвакуации. На БМП имелось по одному комплекту медицинского снабжения Б-1, Б-2, сумка ПХС, ПФ и трое носилок, у командира отделения роты — сумка санитарного инструктора, у бойцов — индивидуальные пакеты. Доврачебная помощь на БМП состояла в исправлении или наложении повязки или жгута, шинизации, инъекции и ретистрации, а также в обогревании раненых.

С БМП тяжело раненых эвакуировали в головное отделение ПМП на санитарном транспорте, вызываемом с ПМП по телефону. Земляной вал высотой в 1,8—1,9 м прикрывал эвакуацию с БМП на ПМП.

Отделение ПМП было расположено в трех блиндажах и состояло из перевязочной, помещения для ожидающих медицинской помощи и эвакуации, помещения для медицинского персонала.

В условиях длительной позиционной обороны имеются необходимые условия для размещения личного состава и медицинских пунктов в хорошо оборудованных блиндажах, для сооружения бань, дезкамер, пищеблока, полевых уборных и пр., для организации в полном объеме санитарно-профилактических, противоэпидемических мероприятий и оказания первой и доврачебной помощи.

★

ЛЕЧЕБНОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАФТАЛАНСКОЙ НЕФТИ

Нафталанская нефть, широко применяющаяся во многих эвакогоспиталях, получила высокую оценку как лечебное средство при боевых ранениях. Ученым медицинским советом НКЗдрава СССР выработана специальная инструкция по применению нафталана при ранениях.

Еще в 1941 г. опыты на кроликах, крысах и морских свинках показали, что причиненные паром ожоги вызывают влажную гангрену и смерть животного, но при лечении нафталанским мазутом влажная гангрена переходит в сухую и заживление наступает через 12—18 дней. Все 15 подопытных животных выжили. Замораживание ушей кролика углекислотой вызывало некроз тканей уха и потерю не менее половины его, при лечении же нафталанским мазутом сохранялось ⅔ уха и выздоровление ускорялось на 12—14 дней (опыты на 12 животных).

Предварительное смазывание ушей нафталанским мазутом полностью снимало эффект обморожения (опыты на 10 животных). Эти интереснейшие результаты могут быть объяснены действием нафталанского мазута. Он вызывает расширение сосудов, повышает внутриклеточное окисление и устойчивость клеток эпителия, снимает спазм сосудов, влияя на их нервы, и в результате усиливает регенеративную способность поврежденных тканей.

Практическое применение нафталанной мази мне удалось провести на 568 раненых и больных в эвакуационных госпиталях № 1229 и 1507 с ноября 1941 по октябрь 1942 г. В 1943 г. в ЭГ № 2772 я применял сырую нафталанскую нефть тоже с несомненным эффектом.

Повязка, смазанная нафталанной мазью, не прилипает к ране, легко и безболезненно снимается с нее. Нафталанная мазь, несомненно, значительно уменьшает боли, как воспалительные, так и невралгические, резко дезодорирует зловонные раны и резко ограничивает гнойное отделяемое ран. Заживление ускоряется вследствие улучшения кровоснабжения и повышения окислительной функции клеток.

В 10 случаях ожогов II степени наблюдалось быстрое спадение пузырей (через 1—2 суток), прекращение промокания, быстрое стихание болей и гиперемии, гладкая эпителизация; выздоровление наступает в 3—5—10 дней.

В 30 случаях обморожения I и II степени наступило полное выздоровление без потери ткани; кожа полностью регенерировала, боли быстро купировались.

В 47 случаях обморожения III и IV степени наблюдалось резкое обострение болей в первые сутки и стихание их на следующий день, резкое оживление грануляций, бледная сухая поверхность которых через 1—2 суток ярко краснела, отделяемое увеличивалось. Регенерация эпителия краев шла значительно быстрее. Вся поверхность культи покрывалась белесоватым налетом нежных нитей фибрина, по которым, повидимому, шло разрастание эпителия. Срок пребывания на койке уменьшался вдвое.

При вялых язвах голени, стопы (57 случаев) происходило быстрое оживление вялых грануляций, более активная регенерация эпителия с краев язвы, уплощавшейся и уменьшавшейся значительно скорее, чем без нафталана, уменьшение гнойного отделяемого, купирование болей, рассасывание инфильтрата.

При флегмонозном воспалении стопы, кисти, голени и предплечья (123 случая) наблюдалось быстрое успокоение болей, уменьшение отделяемого, отечности, красноты, укорочение продолжительности течения болезни, лучшее восстановление функций конечности; при вялых грануляциях — оживление их; снижение температуры. При наружном применении нафталанной мази в 141 случае остеомиэлита (плеча, предплечья, бедра и голени, стопы и кисти) боли явно успокаивались, отделяемое и отечность конечности уменьшались, процесс заживления несколько ускорялся. При ранениях мягких тканей (222 случая) быстро образовывалась корка, спадала интенсивность болей, отечность и краснота уменьшались, период рубцевания сокращался, грануляции оживлялись, течение раны происходило без повышения температуры.

Таким образом, лечение свежих ранений нафталаном сразу ставит рану в благоприятные для ее заживления условия, прежде всего предохраняя ее от вторичной инфекции и повышая регенеративную способность тканей. Методика проста: прикладывание марли, намазанной мазью, покрывание вощанкой без ваты; смена повязки через 1—2—5 дней. Отрицательные явления при лечении нафталаном: в случае низкого качества нафталанной мази при обильном гнойном отделяемом и при недостаточно частой смене повязки мазь разлагается с противным запахом (от примеси стеариновой кислоты), вызывая раздражение кожи; при пышных грануляциях нафталан может вызвать небольшие геморрагии и потому применение его излишне. Явлений интоксикации ни разу не наблюдалось.

Нафталанотерапию следует широко применять, комбинируя ее с физиотерапией (солнцелечение, кварц, соллюкс).

Проф. М. М. Невядомский

МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАРОТИНА В РАСТИТЕЛЬНЫХ ПРОДУКТАХ И В ГОТОВОЙ ПИЩЕ

(Для фронтовых и армейских лабораторий)

Для определения каротина в растительных продуктах имеется значительное число достаточно точных методов, но эти методы мало пригодны для гигиенических лабораторий войсковых соединений.

Методы И. К. Мурри (Биохимия, т. II, вып. 6, 1937 г.), Г. Розенберга (Бюлл. экспер. биол. и мед., № 5, 1938 г.) и других авторов требуют для своего выполнения значительного расхода дефицитных реактивов, наличия специальной аппаратуры, сложной и продолжительной работы. Упрощенный метод определения каротина, предложенный К. С. Косяковым (Пособие по методике санитарно-гигиенических исследований, 1944 г., под редакцией проф. Калмыкова), не обеспечивает полноты извлечения каротина и очистки его от сопутствующих пигментов.

Предлагаемая методика определения каротина, разработанная на основе указанных методов, пригодна для применения в войсковых гигиенических лабораториях и позволяет проводить определение как в растительных продуктах, так и в готовой пище.

Каротин экстрагируется петролейным эфиром из навески, предварительно измельченной и обработанной спиртовой щелочью. Количество каротина определяется колориметрически после очистки раствора его в петролейном эфире от сопутствующих пигментов.

Экстрагирование каротина. Навеску от 0,5 до 5 г продукта, в зависимости от содержания каротина, помещают в фарфоровую ступку, добавляют немного стеклянной пудры [1] и от 1 до 3 мл 10% спиртового раствора щелочи [2] и тщательно растирают до получения однородной и равномерно измельченной массы. Затем содержимое смывают небольшими порциями этилового спирта в цилиндр объемом 25—50 мл с притертой пробкой. Этилового спирта расходуют не более 10—15 мл. В цилиндр приливают 1—2 мл петролейного эфира, встряхивают 2 минуты и после непродолжительного отстаивания, когда петролейный эфир соберется наверху, его вместе с частью спиртовой жидкости сливают во второй (мерный) цилиндр, закрывающийся пробкой. В первый цилиндр вновь приливают 1—2 мл петролейного эфира, встряхивают 2 минуты и после отстаивания сливают верхний слой жидкости во второй цилиндр. Такую обработку повторяют несколько раз, пока петролейный эфир не перестанет окрашиваться. После этого все содержимое первого цилиндра переводят во второй.

Очистка раствора каротина в петролейном эфире от сопутствующих пигментов. Петролейный эфир с каротином пропускают через адсорбционную трубку. К концу стеклянной трубки длиной 15—20 см с внутренним диаметром 8—10 мм припаивают более короткую и узкую трубку (длина 5—6 см, внутренний диаметр 4—5 мм). Адсорбционную трубку можно приготовить из отпиленной верхней половины пипетки соответствующего размера. В широкую часть трубки вводят небольшой кусок ваты, чтобы закрыть отверстие в узкой трубке, и насыпают окись алюминия, предварительно обезвоженную нагреванием до 90—100°. Окись алюминия насыпают небольшими порциями, уплотняя каждый раз палочкой, до высоты 5—10 см. На нижний узкий конец трубки надевают пробку и вставляют его в пробирку (см. рисунок). Пробку обрезают с боков, чтобы воздух из нее мог свободно выходить при поступлении из стеклянной трубки петролейного эфира.

Отметив объем раствора, переносят пипеткой часть раствора в адсорбционную трубку, предварительно смоченную петролейным эфиром для удаления воздуха, находящегося между частицами окиси алюминия.

При пропускании раствора через трубку необходимо следить, чтобы поверх окиси алюминия все время был слой жидкости, так как в противном случае каротин будет разрушаться под воздействием кислорода воздуха. Каротин в виде желто-оранжевого кольца отделяется от прочих пигментов, постепенно спускается книзу и переходит в приемник (пробирку). Затем трубку промывают чистым петролейным эфиром до исчезновения желтой окраски в стекающей жидкости. Измеряют количество полученного фильтрата. Количество раствора, пропущенного через адсорбционную трубку, определяют по разности между первоначальным объемом и остатком во втором цилиндре.

Колориметрирование. Пользуются колориметром Дюбоска или гемометром Сали. Для определения в колориметре Дюбоска необходимо иметь не менее 8—10 мл раствора, а для гемометра достаточно 2—3 мл.

Стандартный раствор готовят по одному из двух способов: 1) в 100 мл 96° этилового спирта растворяют 14,5 мг чистого азобензола. Такой раствор соответствует по окраске раствору каротина в петролейном эфире, содержащем 2,35 γ каротина в 1 мл (Kühn и Brockmann); 2) 0,36 г химически чистого (дважды перекристаллизован-

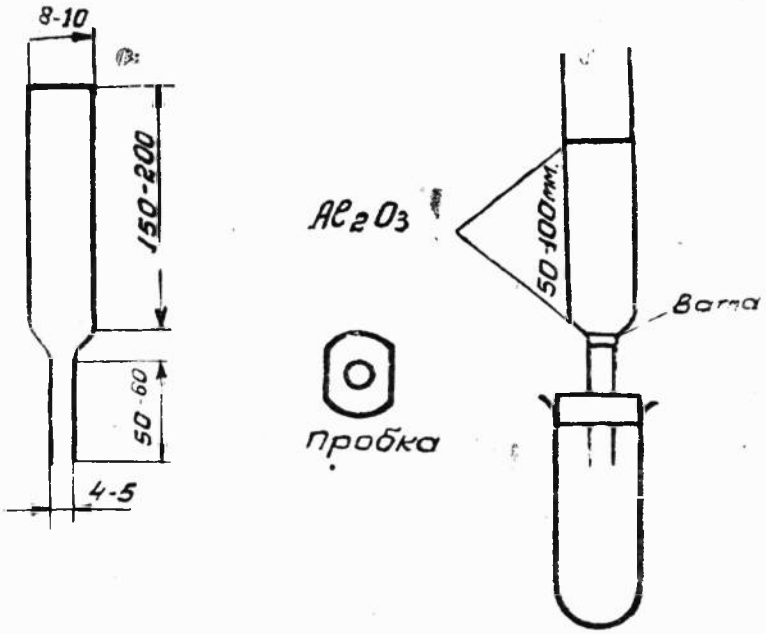
---

[1] Стеклянной пудры для растирания берется около 1/2 объема навески. Если навеска хорошо растирается, то пудры можно не добавлять.

[2] Чем больше влаги содержит навеска, тем больше берут щелочи.

ного) двухромовокислого калия растворяют в 1 л дестиллированной воды. Окраска этого раствора соответствует окраске раствора каротина в петролейном эфире, содержащем 2,08 каротина в 1 мл (Russel).

При определении в колориметре Дюбоска толщину слоя стандартного раствора поддерживают постоянной — 10 мм; тогда колебания в толщине слоя исследуемой жидкости допустимы в пределах 4—20 мм. Если этих соотношений получить не удается, то предварительно соответственно разбавляют одну из жидкостей. Колориметрирование следует производить при дневном свете или при освещении лампой «дневного света». Для предотвращения потери петролейного эфира испарением следует закрывать сосуды корковыми пробками, имеющими посредине отверстия для стеклянных цилиндров колориметра.



Адсорбционная трубка для освобождения раствора каротина от сопутствующих пигментов

Количество каротина рассчитывают (в миллиграмм-процентах) по следующей формуле:

$$P = \frac{а.б.г.е.100}{в.д.ж.1000},$$

где:
Р — содержание каротина в исследуемом продукте в мг%; а — количество каротина в 1 мл (при стандарте из бихромата 2,08, при стандарте из азобензола — 2,35); б — толщина слоя стандартного раствора в миллиметрах; в — толщина слоя испытуемого раствора в миллиметрах; г — объем очищенного раствора, взятого для колориметрирования, в миллиметрах; д — объем раствора, взятого для очистки, в миллиметрах, е — объем раствора (в цилиндре) после экстрагирования каротина в миллиметрах; ж — навеска в граммах; 100 — множитель для пересчета на 100 г исследуемого продукта; 1 000 — делитель для пересчета граммов в миллиграммы.

При применении гемометра Сали подбирают две пробирки, одинаковые по диаметру, цвету стекла и длине шкалы. В одну пробирку наливают стандартный раствор, а в другую — испытуемый до метки 50, т. е. по 1 мл (каждое деление пробирки соответствует 0,02 мл).

Предварительно уравнивают окраску в сравниваемых жидкостях разведением более сильно окрашенной (петролейным эфиром — исследуемую, спиртом или дестиллированной водой — стандартную). Точное уравнение окраски проводят, установив пробирки в гемометре путем добавления соответствующей жидкости к более сильно окрашенной из них. Объем жидкости в этой пробирке устанавливают умножением числа делений шкалы на 0,02.

Содержание каротина в исследуемом веществе рассчитывают в основном по той же формуле, что и при определении в колориметре Дюбоска, с тем различием, что при-

нимают во внимание только объемы жидкостей, не учитывая толщину слоя их, и предварительно рассчитывают содержание каротина в 1 мл раствора, помещенного в пробирку гемометра.

Определение содержания каротина в готовой пище. В готовых блюдах содержание каротина определяют в основном таким же способом, как и в растительных продуктах. Исключением является предварительное разделение блюд на жидкую и плотную часть, причем от каждой из них для исследования берут одинаковое количество ($^1/_{50}$, $^1/_{100}$) и экстрагирование производят в отдельных цилиндрах с последующим соединением всех порций петролейного эфира вместе для одновременного колориметрирования. Кроме того, расчет каротина производят не на 100 г исследуемого вещества, а на все блюдо в целом. Если требуется определить содержание каротина в двух или более блюдах, то каждое из них предварительно разделяют на плотную и жидкую часть. Плотные части каждого блюда взвешивают на весах и затем растирают раздельно.

Для исследования от каждого из них берут относительно одинаковое количество— например, $^1/_{50}$ или $^1/_{100}$ всего веса; все навески соединяют в ступке вместе и в дальнейшем исследуют одновременно. Точно так же поступают и с жидкостями. Если, например, от плотной части была взята навеска в $^1/_{50}$ всего веса, то следует отмерить пипеткой $^1/_{50}$ объема каждой жидкости, слить в одну ступку и в дальнейшем подвергать такой же обработке, как и плотные части.

Подполковник мед. службы
Астафьев

★

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЫБНЫХ ОТХОДОВ В БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

На консервных рыбных заводах изготовляется из отходов промыслов рыбная кормовая мука, содержащая большое количество белка (табл. 1). Рыбную муку можно с успехом использовать для приготовления питательных бактериологических сред вместо мяса.

Таблица 1

Состав рыбной муки

Название кормовой муки	Влага	Белок	Жир	Автор
Из лососевых рыб	9,83	60,62	14,19	Ювалов
» дальневосточной сельди	13,97	70,8	9,8	Тинро
» приморской камбалы	8,13	64,27	9,73	Клейне
» карася	9,13	53,75	—	Фишер
» корюшки	12,11	62,98	8,3	Ювалов

Таблица 2

Состав гидролизатов рыбной муки

Название гидролизата	Аминный азот	Общий азот	Сухой остаток	Зола в граммах	% расщепления
4-часовой гидролизат по способу Саватиева	243	815	7,2	2,45	30
6-часовой гидролизат по нашему способу	269	851	7,9	2,52	31

Эта мука значительно дешевле мяса, легко транспортируется, хорошо сохраняется, не требует предварительной обработки при приготовлении питательных сред.

Мы применяем следующий способ панкреатического гидролиза рыбной муки.

160 г рыбной кормовой муки заливают 1 л воды, нагретой до 50—55°, и, размешав, добавляют сухой соды до pH = 7,7—7,9 (6 г), 4 г панкреатина или 32 г свежеразмолотой поджелудочной железы или 10 г сухой железы. Смесь взбалтывают и ставят в термостат при 50° на 6 часов. Через час исправляют реакцию углекислой содой до pH = 7,7—7,9 (2—3 г); через 6 часов смесь подкисляют 10% или крепкой соляной кислотой до pH = 4,1—4,4, кипятят 10—15 минут и фильтруют; фильтрат нейтрализуют 10% раствором едкого натра до pH = 7,4—7,6, кипятят 10—15 минут и фильтруют через полотно (табл. 2).

Сравнение роста микробов: палочки брюшного тифа, дизентерийной Шига, золотистого стафилококка на бульоне и агаре, приготовленных на гидролизате рыбной муки, мясном и мясо-пептонном, показало отсутствие различия в росте микробов на этих средах.

Гидролизаты из рыбной муки высших сортов получаются прозрачные, после стерилизации среды не дают осадка и могут быть разбавляемы водой в 3—4 раза.

Опыт показал, что питательные среды из рыбной кормовой муки вполне пригодны для работы со специфическими культурами и для приготовления диференциальных сред.

Питательные среды из отходов рыбной промышленности изготовляются быстрее и проще, значительно дешевле мясо-пептонных сред и не требуют дифицитных материалов.

Рост микробов на питательных средах из рыбной муки, биохимические, серологические свойства и вирулентность микробов такие же, как при мясных средах.

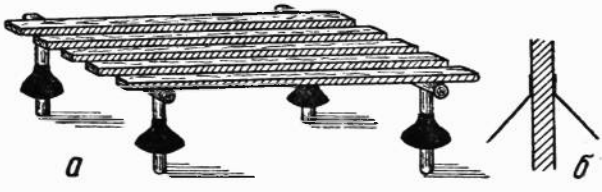
Майор мед. службы Г. М. Фишер

★

СТЕЛЛАЖ ДЛЯ ПРЕДОХРАНЕНИЯ ПРОДУКТОВ ОТ МЫШЕВИДНЫХ ГРЫЗУНОВ

Для защиты продуктов в складах от крыс наиболее пригодны плотные, обитые жестью лари, подвешенные к потолку полки и специальные недоступные для крыс стеллажи.

Такими стеллажами легко оборудовать любой продфуражный склад. Настил стеллажа укрепляется на стойках (столбах) на высоте не менее 90 см от пола. Каждую стойку необходимо снабдить на высоте 80—85 см от пола оградительным щитком из жести в виде широкого конуса раструбом книзу, диаметром около 30 см (см. рисунок).



Щитки не позволяют грызунам проникать на стеллаж по стойкам, а указанная высота настила не допускает прыжков крыс с пола. Между стенами склада и стеллажем необходимо оставить проход шириной не менее 0,5 м, чтобы предотвратить прыжки крыс со стен на стеллаж.

Размеры стеллажа зависят от площади складского помещения и от характера сохраняемых продуктов. В полевых хлебопекарнях устраивают стеллажи площадью в несколько десятков квадратных метров, достаточные для хранения всего запаса муки.

Капитан мед. службы Е. А. Веселов

★

В ГЛАВНОМ ВОЕННО-САНИТАРНОМ УПРАВЛЕНИИ КРАСНОЙ АРМИИ

В УЧЕНОМ МЕДИЦИНСКОМ СОВЕТЕ ПРИ НАЧАЛЬНИКЕ ГВСУ КРАСНОЙ АРМИИ

В июне и июле 1945 г. Ученый медицинский совет при начальнике Главного военно-санитарного управления Красной Армии провел пленумы секций: терапевтической, авиационной медицины, гигиенической и совещание дермато-венерологов терапевтической секции.

Пленум терапевтической секции, состоявшийся 5—9 июня 1945 г., рассмотрел организационные вопросы терапевтической службы, вопросы туберкулеза, бронхита и эмфиземы легких, желтух и заболеваний у раненых.

В работах пленума приняли участие квалифицированные терапевты — руководящие специалисты фронтов, округов, армий, лечебных и научно-медицинских учреждений, а также войсковых частей и соединений.

Заседание пленума открылось докладом начальника Главного военно-санитарного управления Красной Армии генерал-полковника медицинской службы Е. И. Смирнова «О терапевтической службе Красной Армии». Докладчик дал подробный анализ положительных и отрицательных сторон работы терапевтов в период Отечественной войны и поставил очередные задачи терапевтической службы Красной Армии.

Тов. Е. И. Смирнов указал, что военно-полевая терапия как наука об особенностях возникновения и течения заболеваний у личного состава действующих армий в организационном отношении определилась у нас непосредственно перед началом Великой отечественной войны. В Красной Армии, впервые за всю историю кадровых армий, была создана штатно-организационная структура, обеспечивающая лечение больных солдат и офицеров. Это позволило использовать новейшие научные и практические достижения внутренней медицины для лечения солдат и офицеров непосредственно в районе боевых действий и для профилактики заболеваемости в войсках. Правильно оцененная роль и значение ранней и квалифицированной терапевтической помощи в системе охраны здоровья личного состава войск дала положительные результаты. Докладчик указал, что в отличие от прошлых войн во время Великой отечественной войны больных было значительно меньше, чем пораженных в боях, хотя, конечно, абсолютное число больных было довольно высоко, так как война велась многомиллионными армиями.

Терапевтическая служба добилась значительных успехов в борьбе за возвращение в строй высокого процента излеченных, за снижение летальности среди заболевших, потому что больных лечили преимущественно в войсковом, армейском и фронтовом районах.

С докладом о внутренних болезнях и особенностях клинической патологии в действующих войсках выступил главный терапевт Красной Армии генерал-майор медицинской службы М. С. Вовси, указавший, что в этой войне, впервые в истории русского народа, была создана система терапевтической помощи больным солдатам и офицерам, обладавшая сетью терапевтических учреждений и кадрами квалифицированных специалистов. В докладе отмечен неуклонный рост на протяжении войны возврата в строй и уменьшение почти по всем формам заболеваний летальности среди заболевших. Военные врачи приобрели опыт в организации этапного лечения, в профилактике внутренних заболеваний и терапевтической помощи хирургическим больным. Военные врачи изучили заболевания, не привлекавшие большого внимания в мирное время, особенности течения этих заболеваний, а также причины обострения хронических болезней на войне.

На втором и третьем заседании пленум рассмотрел организационные вопросы терапевтической службы Красной Армии. Обсуждалась работа терапевта во всех звеньях медицинской службы от войскового района до глубокого тыла.

Несколько докладов были посвящены организации терапевтической помощи в наступлении и обороне в дивизиях, армиях, а также и во фронтовом тылу.

Майор медицинской службы Я. И. Майзель в докладе «Терапевтическая помощь в войсковом районе N-ской армии в наступлении» разобрал опыт терапевтической работы во время пяти наступательных операций.

Подполковник медицинской службы Г. А. Самарин в докладе «Терапевтическая служба в N-ских армиях» охарактеризовал мероприятия, с помощью которых удалось улучшить исходы отдельных заболеваний и основные результаты лечения.

О терапевтической работе в армии в период наступления, о маневре средствами терапевтической службы и результатах терапевтического лечения больных и раненых до-

ложили подполковник медицинской службы А. И. Франкфурт и подполковник медицинской службы А. Е. Шапиро.

Профилактическую работу терапевтов в действующей армии, значение профилактических осмотров и диспансеризации офицерского состава подробно обрисовал подполковник медицинской службы А. А. Колачев.

Главный терапевт N-ского фронта полковник медицинской службы С. А. Поспелов дал анализ факторов, определяющих заболеваемость личного состава, характера терапевтической работы на фронте и исходов лечения.

В докладе «Терапевтические эвакуационные госпитали в системе терапевтической службы армии и фронта» подполковник медицинской службы тов. Ильинский показал важное значение этих учреждений.

Генерал-майор медицинской службы П. И. Егоров доложил об опыте работы специализированных терапевтических госпиталей во фронтовом тылу и дал положительную оценку организации специализированной помощи.

С докладом о терапевтической службе в запасных соединениях выступил подполковник медицинской службы В. Х. Незлин.

На четвертом заседании пленума были обсуждены вопросы туберкулеза. С докладами выступили: полковник медицинской службы С. И. Таланов, давший сравнительную характеристику методов выявления туберкулеза в полевых условиях; полковник медицинской службы В. А. Равич-Щербо — об особенностях клиники туберкулеза; капитан медицинской службы И. Н. Иванов — о рентгенологической характеристике туберкулеза. Профессор А. И. Струков в своем выступлении остановился на особенностях патологической анатомии туберкулеза.

Об использовании флюорографии и метода Пирке-Петрушки для выявления заражения туберкулезом доложил подполковник медицинской службы И. Б. Бейлин.

На пятом заседании пленума по вопросам бронхита и эмфиземы легких выступили: полковник медицинской службы Н. А. Куршаков, описавший причины легочно-сердечной недостаточности, и профессору С. А. Рейнберг, посвятивший свое выступление рентгенологической характеристике эмфиземы легких.

Патологическую анатомию хронического бронхита и эмфиземы легких осветил майор медицинской службы А. В. Рывкинд, функциональную диагностику и экспертизу при эмфиземе легких — подполковник медицинской службы Д. М. Зислин.

На шестом заседании обсуждались вопросы гастритов. Генерал-майор медицинской службы П. И. Егоров дал характеристику особенностей гастритов в условиях действующей армии и поделился опытом диагностики в войсковых условиях.

Доклад о лечении гастритов в войсках сделал полковник медицинской службы профессор М. А. Лясс. Докладчик указал на снижение количества госпитализированных по поводу гастритов, что, по его мнению, в значительной мере обусловлено введением соответствующего питания больных.

Рентгенологической характеристике гастритов военного времени и госпитальному их лечению посвятили свои доклады майор медицинской службы Д. С. Линденбратен и майор медицинской службы Д. Б. Маршалкович.

На седьмом заседании подполковник медицинской службы Б. С. Грабовский доложил об эпидемиологии инфекционного гастрита.

Сообщение об этиологии желтух (по материалам N-ского фронта) сделал подполковник медицинской службы В. С. Киктенко.

С докладом о клинике и лечении желтух, основанном на большом материале, выступил полковник медицинской службы С. А. Поспелов.

На восьмом и частично на девятом заседании пленум рассмотрел вопросы заболеваний у раненых. Докладчики: генерал-майор медицинской службы, заслуженный деятель науки М. И. Аринкин, полковник медицинской службы М. Ф. Рябов, полковник медицинской службы А. Ф. Александров, полковник медицинской службы В. Д. Цинзерлинг, майор медицинской службы Ю. И. Дымшин, майор медицинской службы Л. З. Чернов сообщили пленуму о клинике и лечении заболеваний (особенно пневмоний) у раненых, о патологоанатомических изменениях при пневмониях у раненых, а также о гемопоэзе при раневом сепсисе, анемических состояниях у раненых и изменениях со стороны внутренних органов при гнойно-септических заболеваниях.

Активное участие в прениях по вопросам, стоявшим в повестке дня, приняло более 50 участников пленума — академиков, профессоров, специалистов фронтов, округов, а также практических военных врачей лечебных учреждений, частей и соединений Красной Армии.

В заключительном слове генерал-полковник медицинской службы Е. И. Смирнов указал, что теперь роль терапевтов на войне и, в частности, в лечении раненых осознана, система терапевтической помощи в действующих войсках построена целесообразно. Надо еще более поднять роль терапевтов в хирургических госпиталях.

В числе больших задач, стоящих перед терапевтической службой Красной Армии, Е. И. Смирнов указал на необходимость улучшения подготовки в медицинских институтах врачей по внутренним болезням, увеличения числа врачей с больничным и клиническим стажем работы, обеспечения терапевтической помощью не только во-

еннослужащих, но и членов их семей и создания при частях лазаретов, в которых военные врачи могли бы заниматься лечебной медициной.

26—29 июня 1945 г. состоялось совещание дермато-венерологов терапевтической секции Ученого медицинского совета при начальнике ГВСУ Красной Армии.

В работах совещания участвовали квалифицированные специалисты лечебных учреждений армий, фронтов и округов. Около 40 участников совещания имело научные степени кандидатов и докторов медицинских наук. Практический стаж по специальности у преобладающего числа делегатов превышал 15 лет.

Работа совещания началась докладом главного венеролога Красной Армии полковника медицинской службы проф. С. Г. Павлова «Организация дермато-венерологической службы Красной Армии».

Докладчик обрисовал систему дермато-венерологической службы, созданной в Красной Армии в период Отечественной войны. Доклад был иллюстрирован диаграммами и статистическими данными, показавшими благополучие нашей армии до войны в отношении венеризма. Это благополучие вытекало из социально-экономических условий жизни народа и, следовательно, непрерывного сокращения количества венерических заболеваний среди гражданского населения.

Во время войны на территориях, временно оккупированных гитлеровцами, начало значительно увеличиваться количество заболеваний кожными и венерическими болезнями. Естественно, что в период наступления Красной Армии, освобождавшей эти территории, приходившей здесь в тесный контакт с гражданским населением, возникла опасность роста заболеваемости и среди личного состава войск. Это потребовало ряда медицинских мероприятий для оздоровления населения и предупреждения инфицирования армии. В организации этого дела новой и чрезвычайно важной мерой явилась венерологическая разведка.

С докладом о дермато-венерологической службе в Военно-Морском Флоте выступил полковник медицинской службы проф. С. И. Горобовицкий.

Главный гинеколог Красной Армии полковник медицинской службы проф. И. Ф. Жорданиа подчеркнул огромное значение совместной работы врачей дермато-венерологов, гинекологов и других специалистов для успеха борьбы с венеризмом.

В прениях выступали руководители венерологической службы фронтов, армий и специалисты лечебных учреждений. Среди них: полковник медицинской службы П. С. Уникель, полковник медицинской службы А. Д. Шехтер, подполковник медицинской службы М. М. Кузнец, подполковник медицинской службы А. Г. Рыбников, подполковник медицинской службы С. А. Саркисов, майор медицинской службы Л. Г. Коржавин, майор медицинской службы Н. К. Спасский и др.

Участники прений, основываясь на опыте Отечественной войны, рассказывали о положительных результатах лечебно-профилактической и научно-исследовательской работы, развертывание которой обеспечила созданная в период войны организационно-штатная структура кожно-венерологической помощи в Красной Армии.

Центральным в работе совещания был доклад начальника Главного военно-санитарного управления Красной Армии генерал-полковника медицинской службы Е. И. Смирнова.

Приведя многочисленные данные из опыта прошлых войн, докладчик дал глубокий анализ организационной структуры кожно-венерологической помощи в Красной Армии. На основе подробного изучения сравнительных данных он показал, что венерическая заболеваемость в Красной Армии в течение Отечественной войны была несравнимо меньше, чем в прошлые войны, особенно в войсках царской России в первую мировую войну.

В первый год Отечественной войны, когда наши войска действовали на территории, еще не подвергавшейся оккупации, венерическая заболеваемость в Красной Армии почти не отличалась от заболеваемости мирного времени. Она стала нарастать после перехода Красной Армии в наступление, когда войска проникли в районы, временно оккупированные гитлеровцами, а в дальнейшем и на территорию противника.

Суммируя приведенные данные, докладчик указал, что основным фактором, определяющим динамику венерических заболеваний в действующей армии, является не война сама по себе, а совокупность условий, в которых действуют войска.

В числе наиболее важных организационных мероприятий, проведенных в период Отечественной войны, генерал-полковник Е. И. Смирнов назвал создание специальных госпиталей и введение института фронтовых и армейских специалистов-венерологов.

Характеризуя лечебно-профилактические мероприятия, докладчик отметил, что 80—90% венерических больных лечились в армейских и фронтовых госпиталях, в то время как в первую мировую войну, по данным Западного фронта, 35% аналогичных больных эвакуировались в госпитали внутренних округов.

В заключение генерал-полковник медицинской службы Е. И. Смирнов поставил перед дермато-венерологической службой Красной Армии ряд задач, вытекающих из анализа опыта работы в период Отечественной войны.

На следующих заседаниях совещание рассмотрело вопросы лечения и профилактики гонорреи, сифилиса и кожных заболеваний.

Об основных принципах лечения гонорреи доложил генерал-майор медицинской службы проф. А. И. Васильев.

В докладах полковника медицинской службы А. Д. Шехтера, подполковника медицинской службы И. Б. Вейнерова, майора медицинской службы И. А. Белкина, полковника медицинской службы П. В. Дивненко и в развернувшихся прениях были разобраны достижения и недостатки лечебно-профилактической работы в этой области во время Отечественной войны.

По вопросам профилактики и лечения заболеваний сифилисом выступили полковник медицинской службы С. П. Архангельский, полковник медицинской службы А. А. Алявдин, полковник медицинской службы Н. А. Лобанов, полковник медицинской службы Ф. С. Малышев, майор медицинской службы И. И. Копзон, майор медицинской службы Б. А. Сорокин, капитан медицинской службы А. С. Бялик.

Кожным заболеваниям были посвящены: выступление подполковника медицинской службы М. Ф. Синани о классификации и лечении паратравматических поражений кожи по материалам клиники Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, выступления полковника медицинской службы В. Н. Добронравова, майора медицинской службы В. И. Казакова, майора медицинской службы М. А. Качковского, майора медицинской службы И. И. Копзон, майора медицинской службы Л. А. Абрамович и др.

Заместитель начальника Главвоенсанупра Красной Армии по политчасти генерал-майор М. И. Редькин указал, что в районах нашей страны, временно оккупированных врагом, гитлеровцы и их союзники явились основным фактором распространения венерических болезней. Военно-медицинские работники Красной Армии провели в этих районах большую лечебно-профилактическую работу, уже давшую положительные результаты. Ведущую роль в этом деле играли венерологи. Генерал-майор М. И. Редькин призвал венерологов к совместной работе с врачами других специальностей, к широкому развертыванию санитарно-просветительной пропаганды, к тесной увязке ее с политпросветработой, ведущейся в частях и учреждениях Красной Армии.

Совещание подвело итоги опыта, накопленного в период Отечественной войны по всем вопросам дермато-венерологической помощи в Красной Армии.

Труды пленумов и совещания будут изданы отдельными книгами.

Отчет о работе пленума секций авиационной медицины и гигиенической будет дан в следующем номере ВМЖ.

Полковник медицинской службы И. Д. Макаров

Полковник мед. службы проф. А. Н. МАКСИМЕНКОВ

ОПЫТ РАБОТЫ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОГО МУЗЕЯ КРАСНОЙ АРМИИ

Решение об организации Военно-медицинского музея Красной Армии было принято в 1942 г. 13 ноября 1942 г. был утвержден первый вариант проекта организации первого в истории России Военно-медицинского музея, который должен отразить опыт работы военно-медицинских учреждений в целом, а также отдельных работников — врачей, сестер, санитаров-носильщиков, показать, на какие исключительные геройские подвиги способны люди, защищающие свою родину.

История знает исключительные по своей самоотверженности поступки медицинских работников русских войн. Но, к сожалению, в прошлом не было музея, в котором сохранился бы для потомства богатый опыт военно-медицинской службы России. Попытки создания подобного учреждения были. Так, в середине прошлого столетия был организован при Медико-хирургической академии Медико-хирургический музей, который по идее должен был содержать материалы опыта прошлых войн. В действительности же в его залах экспонировались главным образом предметы, характеризующие оснащение иностранных армий, и очень скромное место было уделено отечественной военной медицине.

Отсутствие организации, собирающей в процессе войны по определенному плану данные опыта, неизбежно должно было сказаться в том, что и последующие попытки создания Военно-санитарного музея при Военно-медицинской академии были обречены на неудачу.

Опыт оказания медицинской помощи в Великую отечественную войну в исключительно сложной военно-тактической обстановке, далеко превосходившей все представления, которые были получены врачами и медицинскими работниками в мирное время, заставил учесть уроки войны, сохранить потомству приобретенные знания, на основе которых можно было бы в дальнейшем воспитывать новые поколения военных врачей с учетом реальной действительности.

В первое время на пути создания Военно-медицинского музея встретились очень большие трудности, определявшиеся, во-первых, новизной организации, отсутствием опыта, а следовательно, и метода работы, отсутствием кадров, не говоря уже о помещении и материальных средствах.

В начальный период своего существования музей ставил перед собою задачу собрать и сохранить накапливающиеся материалы, имея в виду в будущем организовать их научную разработку, последующую популяризацию, а также составление отчета.

Трудности, в которых создавалось новое учреждение, обусловливались также и одиозным наименованием его музей, что отпугивало лиц, привлекавшихся к его созданию, а также и тем, что многие считали неудобным в такое трудное время, в такой сложный период напряжения сил страны думать о создании музея.

Однако жизнь предупредила все эти рассуждения; в определенных армиях и фронтах совершенно стихийно возникали армейские, фронтовые выставки, посвященные либо некоторой календарной дате, либо отчетно-научной конференции. В армиях, среди армейских медицинских работников зародилась и впервые в примитивной форме была реализована идея создания военно-медицинского музея. Оставалось только развить эту инициативу, поставить работу на должные рельсы для последующего создания подлинного храма военно-медицинской службы, содержащего опыт, полученный в период Отечественной войны.

Стихийное поступление в музей материалов конференций ставило созданный музей в положение архива, безучастно принимавшего все поступающее. Такое положение должно было неизбежно сказаться на содержании и качестве материалов. Так, в 1943 г., несмотря на то, что поступавшие в музей экспонаты были созданы в армейских условиях, они все же не отражали реальной действительности, ибо не всегда и не везде мы привыкли откровенно говорить о собственных ошибках и недостатках, вследствие чего нередко присылаемые в музей экспонаты отличались известной полировкой, отражавшей только положительные моменты работы без характеристики тех отрицательных сторон действительности военно-медицинской службы, которые определялись сложностью работы санитарных учреждений, особенностью оперативно-тактической обстановки.

Естественно возникал вопрос, можно ли было ограничиться такого рода материалами и таким методом сбора их.

Если проанализировать содержание экспонатов, поступивших в 1943 г., то окажется

что чем менее деятельны были фронт или армия, тем полнее отражалась в музее их работа и, наоборот, фронт, который весь период своего существования или во всяком случае большой отрезок времени находился непосредственно в боевой обстановке, не имел или почти не имел отражения своей деятельности в музее.

Последнее обстоятельство было естественно, ибо период боев, когда речь шла о спасении раненых бойцов, отодвигал на задний план задачу сбора материалов для того или иного отдела музея. Однако не только это было причиной.

Новизна учреждения, недостаточная популярность его, отсутствие знакомства с планом его организации и профилем не могли обеспечить максимальной заинтересованности армейских медицинских работников. Кроме того, отсутствие лиц, специально выделенных в армейских медицинских учреждениях по сбору материалов для музея, также существенно тормозило работу.

Учитывая изложенные обстоятельства, начальник Главного военно-санитарного управления Красной Армии генерал-полковник мед. службы Е. И. Смирнов в конце 1943 г. увеличил число сотрудников музея и обеспечил ему возможность проведения активного, планового, целеустремленного сбора материалов, так как опыт создания государственных музеев нашей родины говорил о том, что только специально создаваемые экспедиции могут обеспечить пополнение музея полноценными материалами.

В конце 1943 г. были организованы подвижные лаборатории (специально оборудованные автомашины), созданы бригады, состоявшие из врачей патологоанатомов, художников, фотографов и даже кинооператоров. Такие бригады были отправлены на фронты, деятельность которых в тот период отличалась особой интенсивностью.

Музей в целом был реорганизован. Были созданы научно-исследовательские отделы, задачей которых являлась систематизация поступавших материалов и подготовка их к дальнейшей научной обработке.

Изменение принципа работы музея очень скоро сказалось в положительном смысле. Бригады сыграли исключительную роль, во-первых, в отношении популяризации идеи организации музея, во-вторых, стимулировали деятельность отдельных работников действующей армии, проявлявших интерес к сбору и накоплению материалов опыта войны, и, наконец, собрали интересный материал, характеризующий подлинные условия работы военно-медицинских учреждений действующих армий в разные периоды войны, в различной боевой обстановке, на различных театрах военных действий.

Уже с начала 1944 г. в музей стали поступать большие коллекции фотоснимков, отражавшие наиболее интересные, с военно-медицинской точки зрения, стороны работы полевой медицинской службы. Фоторепортерам удалось зафиксировать работу полковых учреждений, в том числе вынос раненых с поля боя, работу МСБ ППГ, специализированных и других медицинских учреждений. Художники в результате каждой экспедиции пополняли музей исключительно ценными по своему содержанию этюдами и зарисовками. Врачи-патологоанатомы совместно с патологоанатомами действующей армии каждый раз доставляли в музей препараты, характеризующие виды ранений и их осложнений. С помощью бригад отдельные начальники и медицинские учреждения готовили и отправляли в музей материалы по отдельным, наиболее интересным и важным с практической точки зрения отделам работы оказания медицинской помощи в войсковом районе.

Участие бригад на армейских и фронтовых конференциях также сказалось в положительном смысле на пополнении музея ценными экспонатами.

За период 1944—1945 гг. работой бригад были охвачены все фронты Великой отечественной войны. Отдельные бригады входили с передовыми частями в районы, из которых изгонялся противник, и по свежим следам фиксировали важные для истории и опыта военной медицины моменты. Здесь нужно сказать, что отдельные члены бригад проявили исключительный энтузиазм. Собранные ими материалы поистине являются уникальными.

Работа некоторых бригад обратила на себя внимание представителей командования фронтов и армий. В музее имеется ряд благодарностей, вынесенных членам бригад за период их работы в действующей армии, за их самоотверженный труд. Часть работников была награждена на фронте орденами и медалями. Нельзя не упомянуть работу художников и фоторепортеров, которые буквально под минометным и пулеметным огнем ухитрялись производить зарисовки и фотографирование наиболее интересных объектов.

В результате организации с 1944 г. до конца войны экспедиций музей обогатился исключительными по своему содержанию коллекциями. Достаточно сказать, что художественный фонд музея располагает этюдами и эскизами (масло, карандаш), количество которых превышает много сотен. Музей располагает коллекцией фотоснимков, превышающей 20 000 экз.

Патологоанатомический отдел музея имеет коллекцию, чуть ли ни единственную в Европе (свыше 5 000 препаратов), собранную за этот период армейскими патологоанатомами совместно с членами бригад; музей накопил большое количество карт, схем, диаграмм, картограмм, макетов, моделей, муляжей и других экспонатов. Без организации подобного рода экспедиций вряд ли можно было бы рассчитывать на приобретение материалов в таком количестве и такой ценности.

За период войны музею удалось составить интересную по своему содержанию

и профилю библиотеку, в которой сконцентрированы и концентрируются все издания фронтов, армий и глубинных издательств нашей страны, посвященные вопросам военной медицины. В библиотеке имеется отдел рукописей, куда поступают неизданные работы, стенографические отчеты армейских конференций и даже отдельных госпиталей.

Интересным отделом библиотеки является отдел плакатов, иллюстраций и листовок, изданных по вопросам военной медицины в действующей армии и тыловых районах нашей страны.

Накопление специальной литературы ставит музей перед необходимостью подготовить издание библиографического указателя военно-медицинской литературы, в который должны будут войти не только изданные труды, но и рукописные произведения, а также доклады на конференциях, съездах и пленумах.

В 1943 г. при музее организован архив, в который поступает вся отчетная документация санитарных учреждений армий и фронтов, отдельных учреждений, отчеты и истории болезней. Количество материалов, которые уже поступили, поступают и должны поступить, огромно. Для их первичного учета и систематизации в ближайшее время потребуется большое количество людей, среди которых должны быть опытные врачи, могущие обеспечить научно обоснованную правильную систематизацию материалов, от которой зависит правильное использование их для составления отчета о деятельности военно-медицинской службы в Отечественную войну.

Основной задачей музея в период Отечественной войны было накопление материалов, сейчас же его основной задачей является их первичная научная систематизация, аннотация и подготовка к экспозиции и дальнейшей научной разработке, а также продолжение сбора материалов, которыми располагают медицинские работники действовавших армий.

Эта работа, большая по своему объему и исключительно важная по существу, не может быть проведена силами музея, независимо от его плана. Возникает вопрос о привлечении к участию в работе специалистов Военно-медицинской академии, главных специалистов Красной Армии и товарищей, имеющих личный опыт войны.

Однако не только этим исчерпывается работа музея.

Решением правительства для развертывания учреждения в Ленинграде отведен ряд помещений, которые специально приспособляются, реконструируются в соответствии с нуждами музея.

Проведение ремонтно-восстановительных работ и последующее развертывание экспозиции также требуют участия представителей различных специальностей, имеющих личный военный опыт.

Интерес к музею, проявляемый различного рода учебными и научными учреждениями, как военно-медицинскими, так и гражданскими, побудил организовать массовый отдел для популяризации опыта и организации систематического ознакомления военных врачей с достижениями и недостатками военной медицины во время Отечественной войны.

Частые обращения в музей учебных заведений, академий, военных факультетов, медицинских вузов с просьбой снабдить их новыми наглядными пособиями, отражающими опыт войны, приводит к мысли о необходимости организовать производственные предприятия для выпуска серий наглядных пособий по различным специальностям военной медицины.

Для обеспечения всех нужд, связанных с организацией разработки опыта войны, популяризацией его, правильной организацией архива, возникает проблема создания киностудии, редакционно-издательского отдела, типографии, лаборатории, звукозаписи, лекторского и консультационного бюро.

Уже сейчас при архиве создана машиносчетная станция, которая облегчит производство подсчетов, связанных с разработкой историй болезней.

Реализация всех возникающих вопросов может быть осуществлена лишь при условии укомплектования музея специалистами, знающими методику научно-исследовательской работы, обладающими личным военным опытом и знакомыми с постановкой музейного дела.

При этих условиях может быть создан музей, который явится не только базой научно-исследовательской работы, будет не только школой, но и памятником, свидетельствующим о величии подвигов русских медицинских работников в период Отечественной войны.

★

Полковник мед. службы А. С. ГЕОРГИЕВСКИЙ

К ИСТОРИИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ В РОССИИ

В конце XIX столетия в России возникли военно-медицинские общества, вызванные стремлением военных врачей найти путь для усовершенствования своих знаний и обмена мнениями по актуальным проблемам медицины и врачебного быта.

Общества создавались в крупных гарнизонах и при военных госпиталях. Наиболее известны Военно-санитарное общество в Варшаве при Уяздовском военном госпитале, в Петербурге при Николаевском военном госпитале и некоторые другие.

В корреспонденции, посвященной учреждению ученого общества военных врачей в Варшаве в 1863 г., подчеркивается важность этого начинания, так как «военные медики, по роду службы осужденные на бродячую жизнь, более всех других нуждаются в совместном обсуждении различных практических вопросов, не встречающихся в других родах служб» («Медицинский вестник», 1863 г., № 2, стр. 16). Цель общества состояла в том, чтобы «следить за успехами медицинских наук и содействовать применению этих успехов к военному быту и к медицинской военной практике».

Созданные в отдельных гарнизонах, эти военно-медицинские общества носили чисто локальный характер и не имели положения или устава, указанного приказом по военному ведомству. Военно-медицинская специфика в работе обществ не была выражена. На заседаниях обычно разбирались общемедицинские вопросы, преимущественно лечебного характера, в частности, казуистика лечебной практики.

После окончания русско-турецкой войны 1877/78 г. интерес к изучению вопросов военной медицины значительно возрос, что привело, в частности, и к оживлению работы военно-медицинских обществ. В ряде крупных городов, обычно пунктах дислокации штабов военных округов, как, например, в С.-Петербурге, Москве, Киеве, Гельсингфорсе, Одессе, Казани и др., создаются «Военно-санитарные общества». В работе этих обществ принимают участие не только врачи, но и офицеры. В 1885 г. военным министром генерал-адъютантом Ванновским был утвержден устав Военно-санитарного общества в С.-Петербурге, который был положен в основу утвержденного несколько позднее «Нормального устава общества». В этом уставе было сказано, что «общество имеет целью путем сближения лиц, интересующихся военно-санитарными вопросами, содействовать развитию и преуспеванию военно-санитарного дела, равно как и распространению сведений о военно-санитарных вопросах». В своей работе военно-санитарные общества уделяли гораздо большее, чем прежде, внимание обсуждению актуальных вопросов военной медицины. Например, на заседаниях обществ были заслушаны доклады об организации питания войск, влиянии лагерей на здоровье солдат, подготовке военных врачей, организации хирургической помощи на войне в соответствии с листеровским способом лечения ран и т. п. Ряд обществ издавал печатные труды и сборники; протоколы заседаний печатались в издававшейся в конце прошлого столетия еженедельной газете «Военно-санитарное дело».

В начале нашего столетия деятельность военно-санитарных обществ почти прекратилась и не находила отражения на страницах «Военно-медицинского журнала».

Стремление военных врачей вновь объединиться в Военно-медицинское общество ярче выявилось после русско-японской войны, когда стала очевидной слабая военно-медицинская подготовка врачебного состава, а у участников войны накопился большой фактический материал о работе военно-медицинской службы. Многие вопросы носили дискуссионный характер и горячо обсуждались на страницах «Военно-медицинского журнала».

Существовавшие в России общества врачей лишь отчасти удовлетворяли потребности военных врачей, так как не могли достаточно отражать специфику военно-медицинской службы, особенно в отношении военно-санитарной тактики, военной гигиены и эпидемиологии.

В «Военно-медицинском журнале» стали высказываться мнения о необходимости воссоздать военно-медицинские общества как организацию, способствующую самообразованию военных врачей в области военно-медицинских знаний.

Наряду с этим высказывался ряд пожеланий о создании, помимо «Военно-медицинского журнала», еженедельного печатного органа «Военная санитария» со специальной задачей культивировать военно-санитарное дело.

Все эти стремления военно-медицинской общественности нашли завершение в 1909 г. в организации «Общества ревнителей военно-санитарных знаний». В отличие от прежних военно-медицинских обществ «Общество ревнителей военно-санитарных знаний» было узаконено приказом по Военному ведомству (№ 375, 1909 г.), в котором был объявлен «Нормальный устав общества». В Уставе указывалось, что общество имеет целью «содействовать развитию и преуспеванию военно-санитарного дела и распространению сведений по военно-санитарным вопросам, доставляя военным врачам, ветеринарам и фармацевтам, а равно и офицерским чинам армии возможность совместного обсуждения различных вопросов как гигиенических, так и санитарно-тактических вообще и в частности вопросов, касающихся потребности войск, в районе данной местности расположенных». Общество должно было также способствовать распространению в войсках сведений о сбережении здоровья и предохранении от заболеваний заразными или иными болезнями, свойственными данной местности, путем проведения устных бесед, издания брошюр и т. д.

Программа деятельности общества предусматривала:

1) научную разработку как общих, так и частных вопросов военной гигиены;

2) специальные сообщения с последующим обменом мнений и демонстрациями по санитарно-тактическим и санитарно-гигиеническим вопросам, имеющим непосредственное отношение к охранению здоровья армии;

3) исследование местных причин болезней, господствующих как среди войск, так и среди населения, и изыскание наиболее реальных мер и средств к их устранению;

4) сношение с другими такими же и иными медицинскими обществами России и других государств по научно-практическим вопросам гигиены;

5) образование комиссий из членов общества для специальной разработки вопросов, касающихся охранения здоровья армии;

6) назначение премий за научные труды, наиболее содействовавшие целям общества;

7) печатание трудов общества в периодических изданиях или в виде особых сборников.

Таким образом, деятельность общества была направлена в первую очередь на разрешение вопросов санитарно-гигиенического и санитарно-тактического порядка. Вопросы лечебной медицины и даже военно-полевой хирургии не получили отражения в программе общества.

Общества ревнителей военно-санитарных знаний могли быть созданы в местах нахождения штабов военных округов с отделами общества в городах со значительным гарнизоном. Центрального объединения всех местных обществ в общеармейском масштабе не было.

Общество ревнителей военно-санитарных знаний состояло из членов почетных, действительных, соревнователей и корреспондентов. Средства общества составлялись из членских взносов и добровольных пожертвований.

Непременным председателем общества являлся окружной военно-санитарный инспектор, а в отделах занимающий высшую должность военный врач. Товарищем председателя избирался по преимуществу один из членов общества в старших военных чинах. В состав совета общества (руководящий орган) входили также избираемые секретарь и казначей. Заседания общества бывали годичные, очередные (не реже двух раз в месяц) и экстренные. Для открытия общества ревнителей военно-санитарных знаний необходимо было согласие командующего войсками округа и наличие не менее 10 человек военных врачей и 8 военнослужащих.

Общества ревнителей военно-санитарных знаний, особенно общества Московское, Петербургское и Одесское, развернули довольно энергичную работу. На заседаниях Московского общества заслушивались и обсуждались вопросы организации санитарной службы в иностранных армиях, проведения санитарных маневров в гренадерской дивизии, физического воспитания солдат и т. д. Это общество подготовило и издало значительное число брошюр и книг по санитарной тактике, военной гигиене, работы Заглухинского, Миртова, а также сборник Трудов Московского общества.

Начавшаяся первая мировая война положила конец деятельности общества, сыгравшего положительную роль в истории отечественной военной медицины, так как способствовало: а) усилению внимания военных врачей к разработке и изучению организационных вопросов военной медицины; б) повышению уровня военно-санитарной подготовки военных врачей; в) опубликованию ряда актуальных работ по военной медицине.

Так как общества были созданы только в некоторых крупных городах, как Москва, Петербург, Киев, Одесса, и не имели общего организационного центра, то бо́льшая часть военных врачей не была объединена и не принимала участия в работе общества.

После Октябрьской революции и окончания гражданской войны вновь была предпринята попытка создания научного военно-медицинского объединения в виде санитарного отделения Военно-научного общества (САНОВНО), программа которого предусматривала охват всех основных областей военной медицины.

Предметом научно-практической разработки организациями САНОВНО должны были служить вопросы санитарной тактики и организации военно-санитарной службы, вопросы санитарно-профилактические, вопросы психофизиологии и физической культуры и наиболее актуальные для армии проблемы лечебной медицины. Узкие специальные вопросы из области лечебной медицины должны были обсуждаться на научных совещаниях врачей госпиталей, войсковых лазаретов и других лечебных учреждений.

Структура САНОВНО представляла собой сеть периферических (гарнизонных) ячеек, объединенных в масштабе военного округа. Общее руководство осуществлялось центральным органом САНОВНО при Военно-санитарном управлении РККА и Флота. Работа центральных и периферических САНОВНО была диференцирована. Широкие вопросы общего характера, нуждающиеся для своего разрешения в наличии соответствующих научных сил и средств, должны были разрабатываться отделениями САНОВНО при ВСУ РККАФ и Военно-медицинской академии. Задача периферических организаций состояла главным образом в разработке вопросов, связанных с условиями конкретной действительности, вытекающими из местного опыта, местных интересов и нужд, однако они не должны были размениваться на разрешение текущих мелких вопросов, составляющих круг ведения санитарно-административных органов, что превращало бы ячейки САНОВНО в подсобный аппарат этих органов.

В резолюции по докладу начальника ВСУ РККА З. П. Соловьева «О военно-научной работе службы здравоохранения Красной Армии и Флота», принятой на совещании начальников и военных комиссаров военно-санитарных управлений, военно-курортных станций и Военно-медицинской академии 13—20 января 1925 г., было зафиксировано следующее: «Отметить огромную роль Санитарного отделения Военно-научного общества как общественной организации, пробуждающей работу коллективной мысли военно-санитарных работников Красной Армии и Флота, расширяющей их

военно-санитарный и военный кругозор и осуществляющей научно-практическую разработку важнейших вопросов военно-санитарного дела».

Вместе с тем совещание отметило, что в деятельности САНОВНО, переживавшего еще организационный период, имели место недочеты:

1) в работу САНОВНО было вовлечено сравнительно мало военно-санитарных работников;

2) работа чрезмерно централизована: значительно больше половины заседаний и докладов на них относилось к крупным центральным и окружным объединениям и гораздо меньшая часть к периферическим ячейкам;

3) число докладов, посвященных узким, казуистическим вопросам лечебной медицины, непропорционально велико в ущерб другим отраслям военно-санитарного дела;

4) слаба связь периферических ячеек САНОВНО с окружными объединениями и этих последних с центром;

5) отсутствует должный контакт и увязка работы САНОВНО на местах с общими военно-научными организациями.

Наиболее продуктивно работали отделения САНОВНО при ВСУ РККА и при Военно-медицинской академии, где был разработан ряд актуальных для военно-санитарной службы тем с последующим обсуждением их на заседаниях САНОВНО.

САНОВНО имело все предпосылки для дальнейшего углубления и расширения своей работы. Но продолжавшаяся еще некоторое время после реорганизации ВНО в Общество содействия обороне (ОСО) научно-практическая работа ячеек САНОВНО захирела, когда в результате слияния ОСО с Авиахимом резко изменился характер работы общества (переход от научно-практической к массово-агитационной работе), и бывшие ячейки САНОВНО фактически прекратили свое существование.

В настоящее время у нас нет военно-медицинского научного общества. Между тем потребность создания такого общества, конечно, ощущается военными врачами сейчас ничуть не меньше, чем 20—30 лет назад. Существование Всесоюзных медицинских обществ — хирургического, терапевтического и др. — никоим образом не исключает необходимости создания военно-медицинского общества, задачей которого должна, по нашему мнению, являться главным образом научная разработка организационных вопросов военной медицины, т. е. той области медицинской науки, которая не находит отражения в работе существующих медицинских обществ.

В то же время нет никаких оснований опасаться, что вопросы военной медицины, тесно связанные с определенной медицинской специальностью, будут исключены из содержания работы соответствующих медицинских обществ. Наоборот, наличие научного военно-медицинского общества облегчит возможность выяснения ряда вопросов, нуждающихся в обсуждении специалистов, и позволит выносить на рассмотрение последних вполне обоснованные пожелания и предложения по организационным вопросам отдельных разделов медицины.

Вопрос о создании научного военно-медицинского общества тем более актуален в настоящее время, когда предстоит огромная работа по изучению, обобщению и использованию опыта работы военной медицины в Отечественной войне.

★

Доцент Б. П. АЛЕКСАНДРОВСКИЙ

ЗАБОТА СУВОРОВА О ЗДОРОВЬЕ СОЛДАТА

«Береги здоровье».
«Солдату надлежит быть здорову, храбру, тверду, решительну».
«Полковым лекарям иметь ежевременное попечение о соблюдении паче здоровья здоровых».

Суворов

Генералиссимус А. В. Суворов хорошо известен нам как великий полководец. Однако мало кто знает, что Суворов был в то же время и великим военно-санитарным деятелем и реформатором.

Глубокое знание солдатского быта помогли Суворову разработать и осуществить в частях, которыми он командовал, ряд санитарно-гигиенических и профилактических мер, содействовавших значительному оздоровлению быта, сокращению заболеваемости и смертности.

Сохранился ряд приказов Суворова о постановке военно-санитарной службы и его популярные наставления об охране здоровья солдат: приказ по войскам 16 мая 1778 г., приказ «О наблюдении здоровья», «Словесное поучение солдатам» и др.

Суворов не любил госпиталей. Известный его приказ «отменить гошпитали» недруги и завистники великого полководца пытались истолковать как отсутствие заботы о рус-

ском солдате. В действительности же дело было так: госпитали в то время представляли собой зловонные свалочные места, заражавшие поступавших в них солдат гангреной, ранезым сепсисом и тифами. Таким госпиталям и объявил Суворов беспощадную борьбу, решительно требуя их отмены.

Он писал: «Говоря отменить, я разумел: опорожнить гошпитали оздоровлением. Не терплю гошпиталей! Тот их любит, кто не радеет о здоровьи солдат».

«...Я нашел тысячу человек в двух гошпиталях, теперь их остается только 40...»

Солдатам он давал наставление: «Бойся больницы! Немецкие лекарства тухлые, вредные».

Суворовская реформа госпиталей заключалась в разгрузке их, ликвидации переполнения, создании правильной сортировки и эвакуации больных с тем, чтобы главная масса больных лечилась в медико-санитарных учреждениях при своей воинской части — в полковых лазаретах, околотках, «командах слабосильных».

Суворов справедливо считал, что в родной воинской части будут заботиться о больном солдате лучше, лечить добросовестнее, кормить питательнее.

Суворов приказал оставить в госпиталях «одержимых чахоткой, водяною, камнем и сифилисом, да находившихся на испытании в действительности падучей», «выключить в отставку» солдат, не могущих вернуться в ряды армии, и выписать остальных в лазареты при воинских частях «на прямую ответственность их непосредственных начальников».

Суворов запретил отправлять больных в дальние госпитали, так как «дорогой они приходят в худшее состояние и вступают полумертвыми в смертоносный больничный воздух».

Слабым по здоровью солдатам Суворов приказывал давать «льготу» и помещать на пользование «в особой казарме, соблюдать крайнюю чистоту».

Суворовская забота о здоровье солдата охватывала все основные разделы тогдашнего войскового быта. Укажем взгляды Суворова на охрану здоровья солдат при организации питания, снабжения одеждой, устройстве жилищ, организации отдыха.

В приказе «О наблюдении здоровья» Суворов писал:

«Питье — квас, чтоб не было молодого и перекислого. Если же вода, то здоровая и несколько приправленная». «Где не лучшая вода, таковая отварная и отстоянная, слабым — сухарная или с уксусом». Хлеб выпеченный, ржаной (витаминный по современному), «к пище ж выпеченный хлеб, исправные сухари». Пища «доварная, не переварная, не подогретая, горячая».

В свете современного учения о профилактике пищевых токсикоинфекций указания Суворова на необходимость употреблять свежесваренную пищу, не употреблять кушанья подогретые, стоявшие долго, звучат поистине пророчески.

Суворов требовал, чтобы были «котлы — вылуженные», «крепко полуженные», «...а по употреблении вымыть и вытирать котлы сухо».

Суворов требовал опрятности и чистоты в одежде. «Неряха — не может быть хорошим человеком». «Обуви и мундиру быть не весьма тесными, дабы в обуви подстилка употребляться могла». «Наблюдать весьма чистоту в белье, неленостным вымыванием оного».

Заметив большую заболеваемость среди войск, расположенных в Черноморье, в Крыму и на Кубани, Суворов прибегнул к широкому размещению скученных войск. Полевые стоянки войск Суворов приказывал содержать в чистоте и менять их на чистые и нетронутые места. «Лагерных мест иметь до трех в близости и понедельно их переменять, содержать внутри и около них чистоту». Лагерные палатки иметь исправными. «Ночью в палатках укрываться; в холодную погоду отнюдь бы в них сквозной ветер не был».

Суворов приказывал: «В теплое время отдыхать под тенью без обленения». «Во время жара никого ни в какую работу употреблять». «А для успеха, если необходимо, лучше начинать работу прежде рассвета и вечерний урок кончить хотя к ночи».

В лечебных мероприятиях Суворов придавал большое значение природным средствам. Так, против цынги он рекомендовал хрен, капусту, летние тразы, т. е. продукты, богатые витамином С. Против летних поносов — слабительное и голод. «Кто чистит желудок рвотным, слабительным, проносным — тот день голод». При многих же болезнях — «непрестанное» пребывание на свежем воздухе в теплое время года.

Историк Суворова свидетельствует: «С помощью его (Суворова) процент болезненности и смерти в войсках понизился ощутительно».

Великий полководец Суворов был и профилактиком, главную ценность военно-санитарной службы он видел в предупреждении заболеваний. Он приказывал врачам и их помощникам иметь «ежевременное попечение о соблюдении паче здоровья здоровых».

★

ЖУРНАЛ АНГЛИЙСКОЙ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ, Т. 82, № 1—6, ЯНВАРЬ—ИЮНЬ, Т. 83, № 1—6, ИЮЛЬ—ДЕКАБРЬ 1944 г.

Journal of the Royal Army Medical Corps

Краткий обзор содержания журнала[1]

Том 82

№ 1, январь

W. A. Robinson. **Импровизированный носовой кислородный аппарат.** Стр. 14—21, 8 рисунков.

Описание изготовления маски из использованной рентгеновской пленки, дыхательного мешка и флюометра.

P. W. Nathan. Простой аппарат для производства искусственного дыхания. Стр. 22—25, 1 рисунок.

Качательный аппарат, изготовляемый из обычных армейских носилок, носилочного брезента, деревянных брусков и винтов. Производят попеременно быстрые подъем и опускание головного и ножного конца носилок с остановкой после каждой перемены положения носилок. Пострадавший прикрепляется к носилкам полосой брезента. Веками применяющийся в Китае способ оживления мнимоумерших поочередным опусканием головы и ног описан в медицинской литературе впервые Ивом (Eve) в 1939 г. Приведена литература (3 номера).

A. Willcox. **Два случая иктерогеморрагического лептоспироза** (болезнь Вейля). Стр. 26—29. Приведена литература (4 номера).

E. G. Fleming. **Растяжение позвоночника и крестцово-подвздошного сочленения солдат.** Стр. 30—32.

Клиническая картина, распознавание, описание 2 случаев.

B. B. Lumsden a. I. A. C. Fleming. **Важное значение исследования органа слуха при повреждениях головы; значение рентгенологического исследования в этом отношении.** Стр. 33—39.

Описание 10 случаев. Приведена литература (17 номеров).

G. F. Petty. **Транспортировка пострадавших на велосипедах.** Стр. 42—43, 2 рисунка.

Описание способа перевозки носилочного больного на двух велосипедах.

A. Low. **Полевое ученье — транспортировка раненых через реку.** Стр. 44, 1 рисунок.

Описание простого приспособления для переброски носилок с раненым на другой берег реки.

№ 2, февраль

A. W. D. Leishman. **Вспышка натуральной оспы в английских войсках (в Индии). Применение сульфатиазола при лечении.** Стр. 58—62.

С ноября 1942 г. по апрель 1943 г. имела место вспышка эпидемии оспы — 68 случаев (22 случая вполне развитой болезни с 10 смертельными исходами, в остальных случаях — слабая форма болезни, смягченной вакцинацией). Приведена литература (2 номера).

V. Kenting. **Действие общих обезболивающих веществ на кровообращение.** Стр. 63—67.

Сводка данных о действии различных веществ, применяемых для общей анестезии. Отмечено важное значение повторной проверки кровяного давления во время наркоза Приведена литература (28 номеров)

M. H. Finlayson. **Изучение вспышки дизентерии в военном госпитале в Южной Африке.** Стр. 68—72.

Исследование охватывает 76 случаев за период 6 месяцев. Бациллы Флекснера найдены в 11 случаях, бациллы Зонне — в 14 случаях. Приведена литература (3 номера).

J. H. Paterson a. J. W. Aldron Turner. **Поражение молнией и центральная нервная система.** Стр. 73—75.

Описание одного случая. Приведена литература (8 номеров).

---

[1] Приведены только работы, непосредственно относящиеся к военно-санитарному делу. Ред.

R. A. Mansell. **De excretico comburendo, или сжигание нечистот на Западе.** Описание импровизированного аппарата и методики сжигания посредством него нечистот. Стр. 76—80, 2 таблицы рисунков.

Редакционная статья. **Отчет о состоянии здоровья армии в Индии за 1941 г.** Стр. 81—82.

Краткий очерк заболеваемости.

S. Knight. **Применение в полевых условиях железных квасцов для очистки воды, содержащей коллоиды.** Стр. 83—85.

Описание нового способа обработки питьевой воды посредством принятого в английской армии подвижного аппарата «Filtraider».

F. P. Hallsworth. **Светильник для чтения карты ночью.** Стр. 85—86, 1 рисунок.

R. W. Raven. **Малярия в хирургическом отношении.** Стр. 92—96.

Разобрано влияние травмы на заболевание малярией и проявления малярии, важные в хирургическом отношении. Описан случай самопроизвольного разрыва селезенки. Приведена литература (3 номера).

„Monoject"— **ампула-шприц.** Стр 97. (Автор не указан).

Краткое описание мягкого тюбика со стерильной иглой, защищенной колпаком из пластмассы.

№ 3, март

W. L. Spencer-Cox. **Занятие в медицинском отношении городов и портов, находившихся во временной оккупации врага.** Стр. 99—104 (не окончена).

1. Общие задачи. 2. Штаб, учреждения, медицинские части. 3. Санитарные требования. 4. Вход в город. 5. Непосредственное ознакомление.

T. Crawford. **Анализ 422 случаев инфекционного заболевания зева и десен.** Стр. 105—111.

Обзор и анализ инфекций зева и десен за 2½ года.

W. M. Dennison a. A. Learmonth-Dick. **Хирургия в Западной Африке.** Работа в военном госпитале. Стр. 112—124.

Рассмотрены заболевания, как свойственные тропическим странам, так и встречающиеся в умеренном климате.

J. C. Bishop. **Боевые повреждения при Эль-Аламейне.** Стр. 125—129.

Описание военным врачом, раненным при Эль-Аламейне, своих переживаний при лечении и эвакуации и сводка вытекающих из описания уроков.

J. G. Scott. **Васкуляризация роговицы как признак арибофлавиноза.** Стр. 133—135.

Васкуляризация роговицы обнаружена при исследовании 536 европейцев у 37% осмотренных, при исследовании 1 700 африканцев — у 5%.

L. T. Clarke. **Экономное обезболивание кокаином по способу Мофета (Moffett).** Стр. 135—137, 1 рисунок.

Детальное описание способа местного обезболивания при операциях в носовой полости.

Редакционная статья. **Оживление мнимоумерших в походных условиях.** Стр. 140—141, 8 рисунков, 2 диаграммы.

Описание остроумного прибора для обогревания тела, изобретенного Саксоном (R. S. M. Saxon).

A. H. Saleh. **Внутритрахеальное обезболивание. Улучшенная модель склянки для обезболивания воздухо-эфирной смесью.** Стр. 141—143, 1 рисунок.

Описание прибора и его применения.

№ 4, апрель

W. L. Spencer-Cox. **Занятие в медицинском отношении городов и портов, находившихся во временной оккупации врага (продолжение).** Стр. 151—156.

6. Гигиеническое состояние. 7. Последующие действия. 8. Передача.

C. R. Ribbands. **Расположение лагеря в малярийных районах Западной Африки.** Стр. 157—164, 2 таблицы рисунков.

Подробное рассмотрение всех условий, которые необходимо учитывать при расположении войсковых частей в малярийной местности.

C. G. Rob. **Опыт применения парашютной хирургической установки.** Стр. 165—167.

Очерк работы первого парашютного медицинского звена, состоявшего из хирурга и анестезиста с хирургическим оборудованием и снабжением, рассчитанным на производство 145 операций и около 100 перевязок. Хирургическая помощь была оказана в 238 случаях, смертность — 7,2% (17 человек).

R. Johnston. **Дивизионный походный амбуланс в наступательных боевых действиях.** Стр. 168—176, 3 рисунка.

Описание организации и деятельности подвижного пункта медицинской помощи.

R. F. Tredgold. **Утрата способности сосредоточения; значение ее в синдроме острого невроза военного времени.** Стр. 177—182.

Приведен ряд наблюдений, рассмотрена этиология и указано лечение. Приведена литература (12 номеров).

Редакционная статья. **Алкоголизованная ТАВ вакцина.** Стр. 183—184.

О новой введенной в английской армии вакцине против брюшного тифа.

N. Baster. MESH. — **Душевая установка.** Стр. 189—195, 7 рисунков.

Описано устройство портативной, быстро монтируемой установки для мытья горячей водой от 72 до 120 человек в час при малом расходе воды.

G. R. Hutchinson. **Портативный улучшенный душ.** Стр. 195—198, 3 рисунка.

Описание душа, легко устраиваемого в походных условиях из жестянки для керосина.

№ 5, май

Mountjoy Elliott. **Год работы в терапевтическом отделении Западноафриканского военного госпиталя.** Стр. 203—211, 3 диаграммы.

За год в отделении лечилось 10 770 человек. Дан краткий обзор.

J. Limbosch. **Проблемы полевой хирургии.** Стр. 212—216.

Обсуждаются методы лечения различных повреждений головного мозга, лица, груди, грудной и брюшной полости одновременно, живота, конечностей.

E. S. Anderson. **Приготовление гипохлорита натрия электролитическим путем. Простой способ изготовления эффективного антисептического вещества.** Стр. 217—223, 2 рисунка.

Описано получение гипохлорита натрия разложением 10—15% водного раствора хлористого натрия электрическим током. Приведена таблица расчетов и указаны пути применения гипохлорита.

R. J. Blackham. **О прежних призывах врачей на военную службу.** Стр. 224—231.

Очерк требований, которым должен удовлетворять призываемый в войска врач.

F. Evans a. H. H. Clay. ASH. **Малая стационарная печь для сжигания нечистот.** Стр. 240—245, 5 рисунков.

Описание устройства постоянной печи для сжигания экскрементов и мочи 60—70 человек за один прием. Приведена литература (2 номера).

M. Markowe. **Заметка о трофейной итальянской подвижной душевой установке.** Стр. 245—247, 2 рисунка.

№ 6, июнь

Медицинская служба (английской) армии; деятельность и развитие ее во время войны. Стр. 255—262 (автор не указан).

Очерк, в котором рассматриваются: отбор личного состава армии, физическое воспитание, очистка окружающей местности, предохранительные прививки, исследования.

E. Cronin. **Лечение гонорреи гиперпирексией посредством непрерывного внутривенного введения ТАВ вакцины.** Стр. 263—268, 1 диаграмма.

Описание лечения 14 больных упорной гонорреей введением вакцины, содержащей в 1 см³ 1 000 млн. B. typhosus и 750 млн. B. paratyphosus B. Приведена литература (14 номеров).

Th. N. Rudd. **Отравление парами керосина с медицинской точки зрения.** Стр. 271—274. Приведена литература (1 номер).

A. P. Prior. **Посмертное исследование боевых повреждений.** Стр. 275—278.

Описаны повреждения черепа, челюстно-лицевые, конечностей, живота, брюшной и грудной полости одновременно; ожоги.

Редакционная статья. **О сульфамидорезистентной гонорее.** Стр. 283—285.

Очерк состояния вопроса с указанием методов лечения упорных случаев.

D. C. Scott. **Обучение немедицинского персонала оказанию первой помощи.** Стр. 286—288.

Основные пункты программы обучения солдат и методика.

Сообщение отделения полевой санитарии армейской школы гигиены. **Применение ящиков из-под продовольственных рационов «Compo» для сбора фекалий.** Стр. 289, 1 рисунок.

G. M. Hobbin. **Уборная нового вида, применявшаяся в Северной Африке.**

Оригинальное приспособление с использованием разрезанных по длине стальных цилиндрических баллонов и небольших железных барабанов из-под жидкого горючего. Стр. 290—291, 5 рисунков.

C. D. Cox. **Самозакрывающиеся сиденья уборных.** Стр. 291—293, 6 рисунков.

H. J. Stern. **Отчет о 2 500 случаях, наблюдавшихся в глазном отделении генерального госпиталя.** Стр. 293—296.

Обзор деятельности глазного отделения за время с конца февраля до конца августа в 1943 г. в Северной Африке.

Том 83

№ 1, июль

Из отчета H. K. Lucas.

Организация службы переливания крови во время сражения у Мерета. Проблема снабжения. Стр. 7—11. 234 переливания на 3 737 поступивших пострадавших за 10-дневный период боя.

J. A. Ross. **Травматическая хирургия на линии коммуникации. Клинический отчет.** Стр. 17—27.

Очерк 2 316 случаев травматических повреждений с приведением вкратце 31 истории болезни. Указана литература (11 номеров). Подзаголовки: шок, кровотечение, сепсис, анаэробные инфекции, инородные тела, иммобилизация, ожоги, ранения ягодиц, повреждения груди, повреждения пищеварительных путей.

Редакционная статья. DDT. Стр. 34—35.

Очерк применения и эффективности этого дезинсицирующего вещества.

J. R. McDonald. **Медицинское обслуживание военнопленных на Среднем Востоке.** Стр. 36—38.

G. J. G. Kevs. **Физическая тренировка носильщиков.** Стр. 38—42 с рисунками.

Описание проводившейся тренировки и семи различных упражнений по переноске на носилках пострадавших.

№ 2, август

B. Goldstone. **Применение операционного стола в качестве прибора для вытяжения при переломах.** Стр. 70—72, 2 рисунка.

Описание приспособления для вытяжения при переломе костей голени. Приведена литература (3 номера).

D. Parker. **Статистический обзор** (с некоторыми клиническими и терапевтическими заметками) **554 случаев, оперированных в передовом районе во время тунисской и итальянской кампании.** Стр. 73—78.

E. C. Zorab. **Из Африки всегда что-нибудь новое** (Ex Africa semper aliquid novi) Стр. 79—83, 3 рисунка.

Описание организации подвижного пункта офтальмологической помощи и его деятельности на войне.

J. J. R. Dutnie. **Классификация призываемых в армию на основании физического развития.** Стр. 86—89, 3 рисунка.

Описание способа определения физического развития.

A. M. Critchley. **Удаление сточных вод в Египте.** Стр. 89—91, 2 диаграммы.

Описание способа обработки и удаления сточных вод в условиях значительных изменений уровня р. Нила.

P. P. Fox a. A. E. Goodall. **Ледяной дом.** Стр. 91—93, 1 рисунок.

Описание импровизированного льдохранилища в Индии.

A. G. Hammond. **Закрытая повязка.** Стр. 94—95.

В целях экономии перевязочного материала рекомендуется пользоваться смесью гипса (75%), трагакантовой смолы (25%) и порошкообразного акрифлавина, содержание которого в смеси должно быть 1 : 1 000. Хорошо вымытая и протертая эйзолем язвенная поверхность слегка припудривается указанной измельченной смесью и закрывается соответственной величины куском марли, в которую предварительно втерт этот же порошок и которая перед наложением на тело смачивается раствором эйзола или водой. Повязка быстро высыхает и оставляется на месте до излечения.

B. B. Hickey. **Импровизированный механический отсасыватель.** Стр. 95—96. 1 рисунок.

J. C. Watts. **Лыжная хирургия.** Стр. 96—99.

Описание медицинского снабжения лыжного отряда, действовавшего в Италии. Приведена литература (8 номеров).

Сообщение из армейской школы гигиены. **Чистка личных столовых принадлежностей и приборов в походе.** Стр. 99—101, 1 таблица рисунков.

Описание приспособления для мытья горячей водой обеденных приборов.

№ 3, сентябрь

R. N. Herson, G. P. Christopoulos a. N. F. Coghill. **Свинка в войсках на о. Кипре.** Стр. 107—118.

За время с ноября 1942 г. по конец апреля 1943 г. наблюдалось 827 заболеваний свинкой; осложнения были: орхит, менингит, панкреатит и др. Клинический очерк; приведен ряд историй болезней. Автор наблюдал 432 случая. Приведена литература (13 номеров).

R. W. Rowen. **Хирургические осложнения при сыпном тифе.** Стр. 119—122.

Обзорная статья. Приведена литература (10 номеров).

G. C. Dansey-Browning. **Значение офтальмологического лечения в походе.** Стр. 123—130, 1 диаграмма.

Обзор 514 случаев боевых повреждений глаз и лечения их, проведенного подвижной офтальмологической установкой.

W. O. G. Taylor. **Импровизированное снабжение приборами глазного отделения.** Стр. 131—139, 8 рисунков.

A. W. Raffan. **Слепая носовая интубация для эндотрахеального обезболивания.** Стр. 145—147.

Описано проведение эндотрахеального обезболивания посредством носовой интубации. Приведена литература (4 номера).

R. J. Poston. **Промывание подкладных суден в походных условиях.** Стр. 148—149. 1 таблица рисунков.

Описание устройства с проточной водой и плотно закрывающимися крышками.

A. Lovey. **Аппарат для изготовления гипсовых бинтов.** Стр. 152—154, 2 рисунка.

№ 4, октябрь

P. R. Wilson. **Маршевый перелом;** 64 случая. Стр. 157—165.

Клинический очерк и краткий обзор литературных данных. Приведена литература (17 номеров).

W. Kark. **Растяжение ног на военной службе.** Стр. 166—171.

Клинический очерк. Приведена литература (4 номера).

P. E. C. Manson-Bahr a. O. K. G. Guyer. **Диагностика и лечение высокой температуры в военное время.** Стр. 172—176.

Разобрана различная этиология, в особенности применительно к условиям Африки.

G.A.G.Mitchell. **Медицинская история боя.** Стр. 183—187.

Описание действий медицинской части во время одной боевой операции на границах Бирмы.

Редакционная статья. **Обезболивание в армии.** Стр. 192—195.

Краткий очерк достижений в области обезболивания со времени первой мировой войны. Приведена литература (4 номера).

H. Pozner. **Повреждения полулунных хрящей.** Стр. 198—200.

Рассмотрены виды повреждений хрящей, их положение и патологические изменения. На 800 случаев повреждений колена в 241 случае наблюдалось повреждение менисков.

B. Portnoy. **Импровизированный перегонный аппарат.** Стр. 200—201, 1 рисунок.

№ 5, ноябрь

D. F. Hutchinson a. H. R. Chapman. **Эвакуация пострадавших с Нормандского побережья.** Стр. 209—214.

Описание организации эвакуации пострадавших в количестве от 200 до 2 000 человек в сутки с побережья на суда.

R. O. Murray a. N. A. Mossendew. **Посадка пострадавших на суда с побережья** (по опыту в Сицилии и Италии). Стр. 215—219.

Описание подготовки раненых к эвакуации на госпитальные суда и организация самой транспортировки.

J. H. Warren. **Прием и эвакуация; замечания по административным вопросам, возникающим в большом постоянном госпитале** (на 1 500 кроватей), **исполняющем функции сортировочной станции для раненых.** Стр. 220—224.

Разобраны организационные вопросы.

G. A. G. Mitchell. **Инфекция ранений военного времени.** Стр. 225—229. (Лекция на курсах усовершенствования врачей.)

S. D. Large. **Репатриация.** Стр. 239—243.

Организация приема и отправления возвращающихся на родину военнопленных.

J. Savage. **Дерматология в действующей армии.** Стр. 246—248.

Краткий обзор 1 298 случаев кожных болезней.

J. D. Rochford. **Борьба с тошнотой и рвотой при спинномозговом обезболивании.** Стр. 250—251.

Рекомендуется применение продолжительного вдыхания кислорода с углекислотой и внутривенное впрыскивание морфина.

№ 6, декабрь

G. A. G. Mitchell. **Анализ 800 случаев повреждения колена.** Стр. 271—273.

Краткий очерк с указанием числа различных повреждений коленного сустава. Указан один литературный источник.

D. Macrae. **Язвенная болезнь пустыни.** Стр. 274—278.

Клинический очерк своеобразного заболевания кожи, свойственного африканской пустыне.

R. R. Bomford. **Хронический змебиаз у солдат.** Стр. 279—283.

Описано наблюдение 112 случаев. Приведена литература (3 номера).

N. C. Begg. **Новозеландский подвижной медицинский пункт.** Стр. 284—285, 1 рисунок.

Описание подвижного медицинского пункта, предназначенного для оказания амбулаторной помощи и для лечения больных, нуждающихся в коечном содержании в течение 3—4 дней.

M. Markowe. **Об импровизированных походных устройствах.** Стр. 285—288, 2 таблицы рисунков.

Описание: 1) переносного приспособления с двумя очками для установки над ровиком уборной; 2) полупереносного душа с нагревателем.

J. Halliday Croom. **Тепловой удар и тепловое изнурение.** Отчет о 71 случае. Стр. 288—292.

Клиническое описание случаев теплового удара и теплового истощения, наблюдавшихся в постоянном госпитале на Среднем Востоке.

S. M. Laird. **Дизурия от растяжения мочевого пузыря.** Стр. 292.

Краткая заметка о неоднократно наблюдавшейся автором дизурии у лиц, не имевших по роду служебных обязанностей возможности своевременно выпустить мочу.

Д-р мед. наук Л. М. Старокадомский

★

СОДЕРЖАНИЕ

Ген.-полк. медслужбы Е. И. Смирнов. О военно-медицинской подготовке врачей в медицинских институтах . 3

ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ

Гв. майор мед. службы С. Е. Ткачев. 500 случаев проникающих ранений живота . 12

Полковник мед. службы А. Я. Флеровский. К технике операции огнестрельных остеомиэлитов 17

Подполк. мед. службы Ю. В. Берингер. К профилактике шоковых состояний . . . 19

Майор мед. службы А. Шульгин. К вопросу о госпитализации в гарнизонные госпитали 20

ВОПРОСЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК

Полковник медицинской службы А. Ф. Кобзев. Организация противоэпидемического барьера во внутреннем районе страны . . . 23

Проф. В. И. Терских. Ошибки при изучении инфекционных желтух и лептоспирозов . . 28

Майор мед. службы В. Н. Осокин. О внутрикожной пробе для диагностики сыпного тифа 31

ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВВС

Майор мед. службы О. С. Маршалкин. Профилактика астений и вегетативных неврозов у летчиков-высотников. 34

Полковник мед. службы М. А. Пивоваров. Некоторые вопросы условий работы летчика 39

CONTENTS

E. I. Smirnov. Colonel-general, Medical Corps. On the military medical preparation of the physicans in medical institutes 3

MEDICAL EVACUATIONAL PROBLEMS

S. E. Tkachev, Major in Guards, Medical Corps. Five hundred cases of the penetrating wounds of the abdomen 12

A. J. Flerovsky. Colonel, Medical Corps. To the technics of the operation of gunshot osteomyelities 17

J. V. Beringer, Lieutenant-colonel, Medical Corps. To the prophylaxis of the shock conditions. 19

A. Shulgin, Major, Medical Corps. Concerning hospital zation in the garrison hospitals 20

THE QUESTIONS OF THE ANTI-EPIDEMIC PROTECTION OF THE TROOPS

A. F. Kobzev, Colonel, Medical Corps. Organization of the antiepidemic barrier in an inner region of the country 23

Prof. V. I. Terskikh. The errors in the study of infectious icterus and leptospiroses . . . 28

V. N. Osokin. Major, Medical Corps. On the intradermal testing for the diagnosis of typhus 31

THE QUESTIONS OF THE MEDICAL SERVICE OF THE AIR FORCE

O. S. Marshalkin. Major, Medical Corps. Prophylaxis of asteny and vegetative neuroses of fliers 34

M. A. Pivovarov, Colonel, Medical Corps. Some questions concerning conditions of fliers work 39

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Полковник мед. службы Н. А. Поляков. Медицинское обеспечение наступательной операции N-ской армии (Духовщинская операция) . . 43

Старшина мед. службы Малиновский. Санитарное обеспечение стрелкового батальона в позиционной обороне 54

ОБМЕН ОПЫТОМ

Проф. М. М. Невядомский. Лечебное значение нафталанской нефти 57

Подполковник мед. службы Астафьев. Методика определения каротина в растительных продуктах и в готовой пище 58

Майор мед. службы Г. М. Фишер. Использование рыбных отходов в бактериологической практике 60

Капитан мед. службы Е. А. Веселов. Стеллаж для предохранения продуктов от мышевидных грызунов 61

В ГЛАВНОМ ВОЕННО-САНИТАРНОМ УПРАВЛЕНИИ КРАСНОЙ АРМИИ

Полковник мед. службы И. Д. Макаров. В Ученом медицинском совете при начальнике ГВСУ Красной Армии 63

К ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Полковник мед. службы проф. А. Н. Максименков. Опыт работы Военно-медицинского музея Красной Армии 66

Полковник мед. службы А. С. Георгиевский. К истории возникновения военно-медицинских обществ в России 68

Доцент Б. П. Александровский. Забота Суворова о здоровье солдата 71

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФИЯ

Доктор мед. наук Л. М. Старокадомский. Журнал английской военно-медицинской службы, т. 82, № 1—6, январь—июнь, т. 83, № 1—6, июль — декабрь 1944 г. . . . 73

ORGANIZATION AND TACTICS OF THE MEDICAL SERVICE

N. A. Poliakov, Colonel, Medical Corps. Medical security of the offensive of N . . . army (Dukhovshchin strategic operation) 43

Malinovsky, warrant officer. Medical Corps. Sanitary security of the rifles in the tranch defence 54

INTERCHANGE OF EXPERIENCE

Prof. M. M. Nieviadomsky. Medicinal effect of the naphtalane naphtha 57

Astafiev, Lieutenant-colonel, Medical Corps. The methods of determination of carotene in vegetative eatables and in prepared foods 58

G. M. Fisher, Major, Medical Corps. The using-up of fish refuses in bacteriological practice 60

E. A. Veselov, Captain, Medical Corps. A shelving for protection of victuals against the mouse-like rodentia 61

IN THE HEAD MILITARY SANITARY OFFICE OF THE RED ARMY

I. D. Makarov, Colonel, Medical Corps. In the Scientific Medical Council at the Surgeon General of the Red Army 63

TO THE HISTORY OF THE MILITARY MEDICINE

Prof A. N. Maksimenkov, Colonel, Medical Corps. Experience in the work of the military-medical Museum of the Red Army 66

A. S. Georgievsky. Colonel, Medical Corps. To the history of the rise of military-medical associations in Russia 68

B. P. Aleksandrovsky. Doc. in med. sci. The care of Suvorov of the soldiers health 71

CRITICISM AND BIBLIOGRAPHY

L. M. Starokadomsky, M.D. Journal of the Royal Army Medical Corps, vol. 82, Nos. 1—6, January—June and vol. 83, Nos. 1—6, July—December, 1944. . 73

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ КРАСНОЙ АРМИИ

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

10-11

ОКТЯБРЬ—НОЯБРЬ

МЕДГИЗ · 1945

СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

ЛЕЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ

Подполковник мед. службы Н. А. Яковлев и майор мед. службы П. Трошихина. О морфологии периферической крови у раненых с анаэробной инфекцией 3

Майор мед. службы канд. мед. наук С. А. Верхратский. Лечение черепно-мозговых ран ультразвуковой стрептоэмульсией (д-ра Эльпинер) 5

Подполковник мед. службы А. Г. Першин. Опыт лечения последствий отморожений на Сочи-Мацестинском курорте . . 7

Подполковник мед. службы проф. Г. А. Петровский. К клинике атипичных форм пневмоний 12

Майор мед. службы Ф. И. Городыский. Опыт лечения огнестрельных ран мягких тканей в госпиталях тыла 15

Подполковник мед. службы доц. М. С. Маршак, канд. мед. наук А. М. Шнапен и канд. мед. наук Г. В. Мхитаров. Лечебное питание при ранениях брюшной полости с наличием кишечных свищей 18

ВОПРОСЫ ВОЕННОЙ ГИГИЕНЫ

Подполковник мед. службы доц. К. К. Боголюбов. О применении суперамонизации для обеззараживания воды в походных условиях 25

ВОПРОСЫ УЧЕТА И ОТЧЕТНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Майор мед. службы доц. М. М. Мазур. О системе медицинского учета и отчетности 28

ОБМЕН ОПЫТОМ

Майор мед. службы канд. биолог. наук Е. Я. Рашба:

1. Упрощенная методика определения мышьяка и солей тяжелых металлов в пищевых продуктах давнего заражения 31

CONTENTS

Page

MEDICINAL QUESTIONS

N. A. Yakovlev, Lieutenant-Colonel, Medical Corps, a. P. Troshikhina, Major, Medical Corps. On the morphology of the peripheral blood in the wounded with anaërobic infection 3

Cand. in med. sci. S. A. Verkhratsky, Major, Medical Corps. The treatment of the cranio-cerebral wounds with ultrasound strepto-emulsion (of Dr. Elpiner) 5

A. G. Pershin. Lieutenant-Colonel, Medical Corps. Experiment in the treatment of congelations' sequelae at Sotchi-Matsesta health resort 7

Prof. G. A. Petrovsky, Lieutenant-Colonel, Medical Corps. To the clinics of the atypical pneumonias 12

F. I. Gorodysky, Major, Medical Corps. Experience in the treatment of gunshot wounds of the soft tissues in the hospitals of the rear 15

Doc. M. S. Marshak, Lieutenant-Colonel, Medical Corps, cand. in med. sci. A. M. Shnapen and cand. in med. sci. G. V. Mkhitarov. The medicinal nourishment of the wounded into abdominal cavity with intestinal fistulae 18

THE QUESTIONS OF THE MILITARY HYGIENE

Doc. K. K. Bogoliubov, Lieutenant-Colonel, Medical Corps. On the use of super-ammonization for disinfection of water under the march conditions 25

THE QUESTIONS OF COUNTING AND OF ACCOUNTS OF THE MEDICAL SERVICE

Doc. M. M. Mazur, Major, Medical Corps. On the system of the medical counting and accounts . . 28

INTERCHANGE OF EXPERIENCE

Cand. in biol. sci. E. J. Rashba, Major, Medical Corps:

1. A simplified methods for determination of the arsonic and heavy metals in the food stuffs long before contoominafev 31

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
КРАСНОЙ АРМИИ

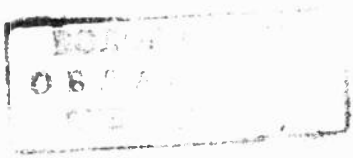
ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ
Ответственный секретарь
полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ

Члены редколлегии:
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-полковник медицинской службы Н. Н. БУРДЕНКО,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал лейтенант медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН

10—11

ОКТЯБРЬ — НОЯБРЬ



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
„МЕДГИЗ" — МОСКВА — 1945

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 140

Отв. редактор *Е. И. Смирнов*

Издается с 1823 г. А 05142. Сдано в произв. 6/III 1946 г. Подп. к печ. 21/V 1946 г. П. л. 3,5.
Уч-изд. л. 5, Зн. в 1 п. л. 67 000 Ф. бум. 70×108 1/16 Цена 4 р. Тир. 8853 экз. Заказ 132.

13-я тип. треста „Полиграфкнига" ОГИЗа при Совете Министров РСФСР.
Москва, Денисовский. 80

Подполковник мед. службы Н. А. ЯКОВЛЕВ
и майор мед. службы П. ТРОШИХИНА

О МОРФОЛОГИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У РАНЕНЫХ С АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Из кафедры факультетской терапии Военно-медицинской академии Красной Армии им. С. М. Кирова (нач. засл. деятель науки проф. генерал-лейтенант мед. службы М. И. Аринкин) и из СЭГ Ленинградского фронта (нач. госпиталя—полковник мед. службы А. Вендель)

Задачей нашей работы являлось изучение морфологических изменений в периферической крови и местного лейкоцитоза у раненых с анаэробной инфекцией.

С этой целью мы исследовали периферическую кровь у 54 раненых, поступивших в летне-осенний период 1943 г. в СЭГ ФЭП Ленинграда. 46 человек имели ранения нижних конечностей, 6 — верхних и 2 — ранения грудной клетки. Диагноз анаэробной инфекции у 19 раненых был поставлен в первые же сутки после ранения, у 17 — на вторые, у 14 — на третьи и четвертые и у 4 — на пятые и шестые сутки. Периферическая кровь для исследования бралась обычным способом тотчас по установлении диагноза. Поэтому наши данные характеризуют собой морфологические изменения крови, происходившие в ближайшие сроки после ранений, осложнявшихся анаэробной инфекцией.

При оценке изменений в периферической крови следует иметь в виду влияние кровопотери при ранениях и хирургических вмешательствах на передовых этапах эвакуации. Большинство авторов (проф. Введенский, Копылова, Арапов и др.) отмечает при анаэробной инфекции гипохромную анемию, лейкоцитоз; наши наблюдения подтверждают эти данные.

У большинства обследованных количество эритроцитов колебалось в пределах от 2 000 000 до 3 000 000 в 1 мм³. Показатель гемоглобина оказался пониженным у всех раненых. У наибольшего числа обследованных содержание гемоглобина было в пределах 21—50%. Соответственно был снижен и цветной показатель. Реакция оседания эритроцитов оказалась значительно ускоренной. У большинства она достигала 50—80 мм в 1 час. В 32 случаях отмечался анизоцитоз, в 10 — полихромазия, в 2 — пойкилоцитоз. Нормобласты встретились у 3 человек.

Из приведенных данных видно, что красная кровь довольно рано начинает изменяться в сторону эритропении, гипохромемии с соответствующим понижением цветного показателя, а также в сторону значительного ускорения РОЭ.

У большинства исследованных обнаружен лейкоцитоз со значительным нейтрофильным сдвигом влево за счет палочкоядерных элементов. В отдельных случаях встречались нейтрофильные миэлоциты и метамиэлоциты.

Лейкоцитарная формула характеризуется во всех случаях абсолютным нейтрофилезом. У большинства раненых эозинофилы отсутствовали и только у 5 оказались в количестве от 1 до 2%. Выявился абсолютный лимфоцитоз. Моноцитоз оказался у 23 раненых, что составляет

42,6%, у остальных раненых была моноцитопения. Отсутствовали моноциты у 3 человек.

Соотношение между РОЭ и количеством лейкоцитов в 1 мм³ периферической крови видно из табл. 1.

Таблица 1. **Соотношение между РОЭ и количеством лейкоцитов**

Скорость РОЭ в мм/час	75	77	64	76	64	75	59	58	59	75	68	68	69	69	74
Содержание лейкоцитов в 1 мм³ крови	6000	6100	6600	6900	7100	7200	7200	7400	8000	8500	8900	9500	9700	10000	10000

Из приведенных в табл. 1 данных следует, что РОЭ отчетливо выражена не только при лейкоцитозе, но и при нормальном содержании лейкоцитов в периферической крови.

Помимо изучения периферической крови у наших раненых, мы исследовали также местную лейкоцитарную реакцию. Для этой цели мы брали кровь обычным способом в зоне очага, пораженного анаэробной гангреной. Одновременно бралась кровь из пальца для общего обследования.

В ²/₃ случаев местный лейкоцитоз преобладал над общим. Характерно, что лейкоцитарная формула сохраняет свое постоянство при местном и общем ее исследовании. Нам приходилось видеть, что течение ранений с анаэробной инфекцией в ряде случаев проходило с гипертермией, с субфебрильной температурой, а иногда и при нормальной или пониженной. Исследования общего и местного лейкоцитоза в связи с температурой тела указывают на тенденцию к более резко выраженному лейкоцитозу при ареактивных формах анаэробной инфекции, протекающих с низкой температурой тела. И, наоборот, когда температура тела была значительна, лейкоцитоз как общий, так и местный был более умеренным. Соотношение общего и местного лейкоцитоза с температурой тела изображено в табл. 2.

Таблица 2. **Соотношение общего и местного лейкоцитоза с температурой тела (в средних цифрах)**

Температура тела	Средняя температура тела	Общий лейкоцитоз (средняя цифра)	Местный лейкоцитоз (средняя цифра)	Число обследованных
35—36,9°	36,1°	17 600	22 600	9
37—38,9°	37,9°	12 300	13 900	27
39—39,6°	39,3°	10 900	12 300	7

Тенденция к аналогичной закономерности намечается также между нейтрофильным сдвигом влево и температурой тела. Чем ниже температура тела при анаэробной инфекции, тем более отчетлив нейтрофильный сдвиг влево в лейкоцитарной формуле. Это положение характеризуется табл. 3.

Таблица 3. **Нейтрофильный сдвиг влево в соотношении с температурой тела (в средних цифрах)**

Температура тела	Исследование					
	общее			местное		
	палочкоядерные	сегментированные	всего нейтрофилов	палочкоядерные	сегментированные	всего нейтрофилов
39° и выше	20,5	52,7	73,2	20,1	50,3	70,4
36,9° и ниже	25,2	53,1	78,3	26,4	52,9	79,3

На нашем небольшом материале выявилось, что в зоне гангренозного анаэробного очага нейтрофильная реакция менее выражена при высокой температуре тела и более отчетливо выражена при низкой. Этот факт заслуживает большого внимания и требует дальнейшего изучения.

Все вышеизложенное позволяет сделать следующие выводы:

1. Анаэробная инфекция, осложняющая ранения, очень рано начинает оказывать токсическое воздействие на кроветворную ткань, сказывающееся на морфологическом составе периферической крови. Эти изменения в периферической крови развиваются в направлении тяжелой гипохромной анемии.

2. Появляющийся абсолютный нейтрофильный лейкоцитоз сопровождается сдвигом влево главным образом за счет палочкоядерных элементов. Этот лейкоцитоз и сдвиг наиболее отчетливо выражены у больных с низкой температурой тела. Лейкоцитарная формула характеризуется анэозинофилией, эозинопенией, отчетливым лимфоцитозом, относительной моноцитопенией. Абсолютный моноцитоз у нас оказался в 42,6%.

3. В зоне тканей, где развивается анаэробная гангрена, наблюдается нейтрофильный лейкоцитоз, также наиболее выраженный при низкой температуре тела. Этот местный лейкоцитоз, как правило, преобладает над общим.

4. РОЭ отмечается высокими цифрами (60—80 мм) как в случаях, протекающих с большим лейкоцитозом, так и без него.

5. Для более полных и объективных заключений необходимо дальнейшее изучение гематопоэза (периферической крови и пунктата грудины) при анаэробной инфекции.

★

Майор мед. службы, канд. мед. наук С. А. ВЕРХРАТСКИЙ

ЛЕЧЕНИЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ РАН УЛЬТРАЗВУКОВОЙ СТРЕПТОЭМУЛЬСИЕЙ (д-ра Эльпинера)

Опыт ряда боевых операций показал, что при интенсивных боях передовые профильные ППГ успевают обрабатывать 65—70% раненых, нуждающихся в нейрохирургической обработке; остальные же 30—35% направляются воздушным или обычным транспортом в профильные ЭГ первой линии. Таким этапом на нашем фронте в течение 3 лет служил

наш госпиталь. Раненные в череп, нуждавшиеся в нейрохирургической обработке, поступали в наше отделение с давностью ранения в 3 и более суток. Бо́льшая часть этих раненых прибывала с ранами, засыпанными сульфамидными препаратами, образующими на поверхности ран плотные корки. Такой способ применения сухих сульфамидных препаратов отрицательно влияет на течение раневого процесса. Образовавшаяся на поверхности раны, не подвергшейся обработке, корка вызывает задержку выделений из раны и создает благоприятные условия для развития инфекции.

В первый год войны мы систематически после оперативных вмешательств засыпали черепно-мозговые раны стрептоцидом. Впоследствии мы убедились в бесполезности этого мероприятия: раны покрывались стрептоцидовой плотной коркой и в дальнейшем очень часто развивались воспалительные местные явления. При наличии в ране пролабирующих участков мозга сульфамиды мумифицируют поверхностные слои мозговой ткани, которая при отделении корок травмируется. Кроме того, сульфамиды в порошкообразном состоянии закупоривают раневые ходы и каналы и задерживают выделения из глубоких участков раны. Ввиду этого мы совершенно отказались от применения сульфамидных препаратов для засыпки черепно-мозговых ран, перейдя на 10—20% суспензию сульфамидов в касторовом или вазелиновом масле. Эти суспензии оказались неустойчивыми, стрептоцид в них быстро выпадал, образуя комки, остававшиеся при повторных взбалтываниях. Помимо того, очень вязкая суспензия не проникала в более глубокие участки раны. Обычно уже на 2-й день можно было видеть большие крупинки сульфамидов, покрывающие поверхность ран. Крупинки эти оседали также на окружающие ткани, вызывая неприятные ощущения у раненых.

Несравненно более совершенным препаратом является предложенная д-ром Эльпинером ультразвуковая стрептоэмульсия. Эта стойкая, высокодисперсная, весьма нежная, «пушистая» по своей консистенции эмульсия хорошо адсорбируется. Стрептоцид в ней находится в состоянии истинной суспензии. Эмульсия заполняет все уголки раны не только на поверхности, но и в глубине. Вязкость и тягучесть ее небольшие, что делает возможным введение ее в раневые каналы свободной струей. После всасывания жидкой части эмульсии на поверхности полостей, каналов, складок остается нежная тонкая пленка, состоящая из мельчайших кристалликов стрептоцида, не закупоривающих просвета видимых мельчайших канальцев. Последнее нами наблюдалось на 3—4-е сутки после заполнения эмульсией полости опорожненного абсцесса мозга. Вследствие своей маслянистости эмульсия препятствует быстрому склеиванию мозговой раны, что дает возможность при так называемых ранних абсцессах или глубоких ранних нагноительных процессах ран мозга заполнять эмульсией раневую полость, не прибегая к нежелательному дренированию трубкой, кетгутом или резиновой полоской.

Мы применили ультразвуковую стрептоэмульсию в 154 случаях поздней хирургической обработки черепных ранений в различные сроки после ранения, но всегда позже 5 дней. Вмешательство наше в большинстве случаев состояло в декомпрессивной трепанации с предварительным иссечением раны. Рана обильно заливалась теплой ультразвуковой стрептоэмульсией. Если в мозговом веществе имелась полость после удаления мозгового детрита, гематом, костных отломков, мы заполняли ее эмульсией; при невозможности расширить полость эмульсию вводили шприцем без давления. Раны после вмешательства не зашивали. Учитывая быструю всасываемость эмульсии, мы в первые дни после операции ежедневно меняли повязку, снова обильно заливая рану ультразвуковой стрептоэмульсией, и повторяли это тем дольше

чем обширнее рана и чем больше она инфицирована. Со времени систематического применения ультразвуковой стрептоэмульсии послеоперационные раны, как правило, протекают без воспалительных местных явлений. Мы могли также отметить благоприятные результаты при заполнении эмульсией полостей после опорожнения нагноившихся гематом.

Применение ультразвуковой стрептоэмульсии более чем у 300 раненых с проникающими ранениями черепа и повреждением костей черепа, оперированных на предыдущих этапах, дало также положительные результаты. Раны с явлениями инфекции при наличии некротических участков и гнойно-фибринозных пленок под влиянием частых перевязок с теплой ультразвуковой стрептоэмульсией быстрее очищались, чем при лечении мазевыми повязками, повязками с риванолом, стерильным вазелином и т. д.

На основании нашего опыта мы считаем, что ультразвуковая стрептоэмульсия д-ра Эльпинера является одним из лучших препаратов, каким мы располагаем в настоящее время при лечении ран черепа. Наиболее целесообразно применять ее в послеоперационном периоде после хирургической обработки, когда раневая среда насыщена еще продуктами распада тканей. При лечении инфицированных ран черепа ультразвуковой стрептоэмульсией необходимо часто менять повязку, обильно пропитывая ее эмульсией. После очищения раны дальнейшее применение эмульсии вызывает избыточное разрастание кровоточащих грануляций. Во второй стадии течения раневого процесса, в стадии восстановления, мы теперь применяем бесстрептоцидную ультразвуковую эмульсию рыбьего жира в воде, предложенную д-ром Эльпинером.

★

Подполковник мед. службы А. Г. ПЕРШИН

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ОТМОРОЖЕНИЙ НА СОЧИ-МАЦЕСТИНСКОМ КУРОРТЕ

Терапия последствий отморожения на Сочи-Мацестинском курорте является первой попыткой, предпринятой нами в связи с поступлением в санаторий соответствующих больных — бойцов и командиров. Хорошие результаты, полученные нами при лечении раненых с трофическими изменениями конечностей, а также указания Гордона, Мельникова, Никольского и др. о благоприятном течении облитерирующего эндартериита под влиянием мацестинского лечения побудили нас применить мацестинские ванны при последствиях отморожений.

В период с мая по июль 1940 г. под нашим наблюдением находилось 50 больных с последствиями отморожения (участники боев с белофиннами).

Из 50 больных у 47 были нарушения целости покровов, у 3 человек отмечалась тугоподвижность суставов пальцев рук и трофические изменения без нарушения целости покровов после отморожения II—III степени. Из числа больных с нарушением целости покровов у 19 человек были вяло гранулирующие поверхности с одновременным поражением мышц и сухожилий, у 28 человек с аналогичными поражениями мягких тканей отмечался остеомиэлит мелких костей.

По возрасту больные распределялись следующим образом: до 20 лет — 2 человека, от 21 года до 30 лет — 36, от 31 года до 40 лет — 12 человек.

Больные направлялись в санаторий из госпиталей после того, как применявшееся активное хирургическое и физиотерапевтическое лечение и разнообразные антисептические средства в течение ряда месяцев (от 2 до 6) не давали улучшений.

Распределение больных по локализации поражения представлено в табл. 1.

Таблица 1. **Распределение больных по локализации поражений**

Локализация поражения	Количество случаев
Пальцы обеих стоп и кистей рук	1
„ „ „ одной кисти	2
„ „ кистей рук, пальцы и плюсневые области стопы	1
„ одной стопы и одной кисти	4
Плюсневые области и пальцы обеих стоп	8
Пальцы обеих стоп	9
„ одной стопы	12
Плюсневые области и пальцы одной стопы	5
Пальцы обеих кистей рук	5
„ одной кисти	1
Мягкие ткани области лба	1
Кожные покровы области обоих коленных сочленений	1
Итого...	50

Большинство больных жаловалось на боли в пораженных участках, длительное незаживление ран, затрудненную ходьбу, потливость, отечность стоп при ходьбе, нарушение тактильной чувствительности.

Внутренние органы у наблюдаемых нами больных не представляли заметных отклонений от нормы. У многих отмечалась повышенная нервная возбудимость. У 47 человек имелись вяло гранулирующие поверхности разных размеров. У 22 больных наблюдалась припухлость, у 42 — отечность и у 43 — выраженный цианоз конечностей. Гиперестезия отмечена у 21 человека, гипестезия — у 5 человек. Тугоподвижность суставов как вторичное осложнение обнаружена у 14 человек (в 9 случаях тугоподвижность суставов пальцев, в 4 — голеностопных суставов, в одном — коленных суставов). В 28 случаях наблюдались язвенные поверхности с остатками неотделившихся некротических участков, свищи с обильным гнойным отделяемым и наличием костных секвестров или обнаженные, изъеденные дистальные концы костей (фаланги, плюсневые и пястные кости). У части больных были омозолевшие края язв на стопах. У 10 больных обнаружено понижение содержания гемоглобина (76—65%). В случаях с остеомиэлитическим процессом РОЭ оказалась повышенной у 15 человек (от 14 до 30 мм в 1 час). Количество лимфоцитов было повышено (более 35%) в 17 случаях. На рентгенограммах, просмотренных совместно с начальником рентгеновского отделения Ю. Н. Колпенским, в 38 случаях был обнаружен выраженный остеопороз костей. В 23 случаях на рентгенограммах отмечались мелкие костные секвестры или смазанные, неотчетливые контуры дистальных концов костей.

При лечении больных мы стремились добиться восстановления кро- и лимфообращения на периферии, вызвать рост свежих грануляций и эпителизацию. Срок пребывания в санатории у 35 больных был месячный, у остальных колебался от 40 до 45 дней.

Лечение проводилось общими мацестинскими ваннами (25 человек)

и мацестинскими ваннами в комбинации с солнцелечением (16 человек). Солнцелечение назначали в дни, свободные от ванн. В отдельных случаях назначалось солнцелечение, ультрафиолетовое облучение (лампа Баха) и мазь Вишневского (6 человек), а также УВЧ и мазь Вишневского (3 человека). Мацестинские ванны применялись с концентрацией общего сероводорода 80—100 мг/л, как правило, через день (температура 37—35°, продолжительность 5—14 минут). Количество ванн варьировало от 10 до 20 в зависимости от течения патологического процесса, эффективности лечения и срока пребывания в санатории. В случаях с обильным гнойным отделяемым при наличии воспалительной реакции мацестинские ванны назначались после затихания воспалительного процесса и уменьшения выделений. Ультрафиолетовое облучение назначалось ежедневно, начиная с одной четверти биодозы. УВЧ применяли через день, длительность сеанса 10—15 минут, количество сеансов 6—10, длина волны 6 м. Солнцелечение применяли ежедневно, начиная с одной минуты, увеличивая инсоляцию по одной минуте через день, доводя продолжительность сеанса до 20—30 минут. В пасмурные дни солнцелечение заменяли ультрафиолетовым облучением. Большинство больных во время приема первых мацестинских ванн со 2—3-й минуты пребывания в ванне отмечало зуд, жжение и покалывание в области гранулирующей поверхности. При сильных болях в пораженной конечности во время приема ванны мы рекомендовали поднимать пораженные конечности из воды на несколько секунд, затем снова погружать в воду. Как положительное явление больные отмечали уменьшение болей после ванны и состояние «легкости» при движениях пораженной конечностью. После приема ванны в течение $^1/_2$—1 часа наблюдалось потепление тканей пораженного участка, что является следствием вазомоторных изменений. При язвенных поверхностях с гнойным отделяемым мы применяли также повязки с 1% раствором хлористого калия, а в отдельных случаях с мазью Вишневского. При отсутствии гнойного отделяемого делали повязки с вазелиновым маслом. Повязки меняли, как правило, через день — в дни приема ванн. В случаях, когда ванны назначались ежедневно, повязки менялись каждый день.

В нескольких случаях, прежде чем приступить к назначению общих мацестинских ванн, при гранулирующих и язвенных поверхностях мы применяли местные ванночки, разводя в два и три раза мацестинскую воду. Назначали ванны через день, потом два дня подряд (температура 37—36°, продолжительность 6—12 минут). После применения трех-четырех местных ванн мы наблюдали начинающееся очищение раневой поверхности от некротизированных тканей, уменьшение отечности на конечностях, появление участков свежих грануляций, а в отдельных случаях начинающуюся эпителизацию. Субъективно больные отмечали уменьшение болей и могли спокойно спать. Убедившись в благоприятном течении заживления гранулирующих поверхностей под влиянием местных ванн, мы перешли к назначению общих мацестинских ванн с концентрацией общего сероводорода 80—100 мг/л. Режим у наших больных был общесанаторный, т. е. подвижный, активный. Больные в большинстве получали обычную санаторную рациональную диэту, содержащую в среднем 3 700—3 800 калорий в день. Диэта состояла из 550—560 г углеводов, 95—105 г жиров, 120—128 г белков, 0,5—0,8 г кальция, 70—90 мг аскорбиновой кислоты (в виде помидорного сока, свежих овощей и зелени). 12 больных получали специальную диэту, разработанную диэтврачом С. Н. Бибиковым: белков 156—160 г, жиров 125—130 г, углеводов 580—590 г, кальция 2—2,5 г, аскорбиновой кислоты 225—250 мг, с общим калоражем 4 283 калории в день.

При учете результатов лечения мы принимали во внимание общее состояние больного, заживление раны, улучшение функции пораженной

конечности, улучшение трофики, данные рентгенографии и исследований крови. При отнесении больных в соответствующую группу по результатам лечения мы руководствовались следующей схемой.

Выздоровление (клиническое): полное заживление раны, улучшение функции пораженной конечности, прекращение болей, прекращение или значительное уменьшение вазомоторных нарушений. Годность к службе в Красной Армии (через 1—2 месяца) или к трудовой деятельности.

Значительное улучшение: полное или почти полное заживление раны, прекращение или значительное уменьшение болей, улучшение функции пораженной конечности, уменьшение трофических расстройств. Годность или ограниченная годность к трудовой деятельности.

Улучшение: уменьшение гранулирующих поверхностей от 1/2 до 3/4, уменьшение болей и вазомоторных расстройств.

Сводка результатов лечения представлена в табл. 2.

Таблица 2. **Результаты лечения**

Результаты лечения	Количество случаев			
	гранулирующие поверхности	гранулирующие поверхности с остеомиэлитом	туг подвижность суставов после отморожения II—III степени	всего
Выздоровление	9	5	—	14
Значительное улучшение	6	6	1	13
Улучшение	2	14	2	18
Без перемен	—	5	—	5
Итого . . .	17	30	3	50

Как видно из табл. 2, наибольшую эффективность лечения мы получили у больных с вяло гранулирующими ранами, без явлений остеомиэлита (выздоровление и значительное улучшение у 15 из 17 больных). Несколько меньшая эффективность отмечена при ранах с наличием остеомиэлитического процесса (выздоровление и значительное улучшение у 11 из 30 больных). Наибольшая эффективность лечения наблюдалась у группы больных с вяло гранулирующими поверхностями без остеомиэлита, принимавших только мацестинские ванны (11 человек) и мацестинские ванны в комбинации с солнцелечением (3 человека); при применении солнцелечения, кварца и мази Вишневского (3 человека) получена меньшая эффективность. В группе с гранулирующими ранами с явлениями остеомиэлита также получена наибольшая эффективность при назначении только мацестинских ванн (12 человек) и мацестинских ванн в комбинации с солнцелечением (12 человек). Лечение УВЧ, проведенное в 3 случаях, не дало заметного эффекта. Лечение больных только мацестинскими ваннами и ваннами в комбинации с солнцелечением после обморожения II—III степени с тугоподвижностью суставов не отличается большой эффективностью. Различной эффективности лечения в зависимости от давности поражения не наблюдалось.

Отмечается несколько бо́льшая эффективность лечения в группе больных, находившихся на специальной диэте, отличавшейся большим содержанием кальция и витамина С, вероятно, вследствие благоприятного действия солей кальция и витаминов.

К концу лечения мы констатировали у большинства наших больных значительное улучшение общего состояния и течения местного процесса, прекращение или уменьшение болей. Боли прекратились в пораженных конечностях у 26 человек, уменьшились у 22, остались без перемен у

2 человек. Припухлость, отмеченная при поступлении у 22 человек, за время лечения исчезла у 12, уменьшилась у 8 и осталась без перемен у 2 человек. Вазомоторные нарушения исчезли в 27 случаях, уменьшились в 18, остались без перемен в 2 случаях. В результате терапии мы наблюдали улучшение пульсации артерий стоп. На основании этого можно предположить, что наша терапия способствует предотвращению развития эндартериита. Остеопороз на повторных рентгенограммах заметно уменьшился только в 3 случаях, в остальных остался без изменений. Размеры гранулирующих поверхностей значительно изменились.

У 34 человек произошло полное заживление ран, у других раны зажили на $^3/_4$ и на $^1/_2$, у 5 человек раневые поверхности изменились очень мало или остались прежними. В случаях, осложненных остеомиэлитом, одновременно с уменьшением размеров гранулирующих поверхностей отмечалось отхождение секвестров, прекращение или уменьшение выделений. Случаи с плохим заживлением ран у наших больных следует объяснить наличием резкого остеомиэлитического процесса.

Результаты лечения последствий отморожений в условиях санатория Сочи-Мацестинского курорта обусловлены влиянием комплекса факторов (мацестинские ванны, питание, климат, солнцелечение и т. д.), причем мацестинским ваннам, несомненно, принадлежит одна из главных ролей.

Благоприятное воздействие мацестинских ванн на регенеративные процессы может быть объяснено улучшением кровообращения и тканевого обмена на периферии вследствие гиперемии, развивающейся во время принятия ванн. Возможно, что активную роль играют гистаминоподобные вещества, освобождающиеся в коже во время принятия ванны и действующие против ангиоспазма, который является одной из причин дистрофических изменений при отморожениях. Возможно также, что некоторое значение оказывает сероводород, непосредственно действуя как раздражитель на пораженные ткани. Все эти вопросы нуждаются в специальном изучении.

Выводы

1. Мацестинские ванны средней концентрации (80—100 мг/л, температура 37—35°, продолжительность 5—12 минут) в условиях санатория Сочи-Мацестинского курорта являются ценным лечебным фактором при лечении последствий отморожений.

2. При вяло гранулирующих поверхностях наибольшая эффективность получается при комбинированном лечении (мацестинские ванны, солнцелечение, диэта, богатая витамином С и кальцием).

3. Для лечения мацестинскими ваннами в условиях санатория показанными являются больные с вяло гранулирующими поверхностями, без явлений остеомиэлита. Менее показано это лечение для больных с аналогичными поражениями, но осложненными остеомиэлитическим процессом.

★

Подполковник мед. службы проф. Г. А. ПЕТРОВСКИЙ

К КЛИНИКЕ АТИПИЧНЫХ ФОРМ ПНЕВМОНИЙ

Среди острых заболеваний внутренних органов пневмонии занимают одно из первых мест.

В условиях военного времени мы чаще встречаемся с атипичными формами пневмоний. Это зависит прежде всего от изменения реактивности макроорганизма.

Целый ряд факторов оказывает здесь влияние — кровопотери, охлаждение, переутомление и др.

В условиях блокады или содержания в условиях фашистского плена у лиц с ослабленным питанием также отмечаются довольно часто случаи атипично протекающей пневмонии.

До 80% пневмоний у дистрофиков не было распознано при жизни. Каковы причины этого?

Наличие недостаточного по размеру участка пораженной легочной ткани, недоступного или трудно доступного для физических методов исследования, надо исключить, так как на основании секционных данных лишь в 16% случаев наблюдались фокусы, занимавшие менее 1/4—1/3 доли, в огромном же большинстве случаев процесс захватывал свыше 1/2—1 доли, а в половине всех случаев имел двустороннюю локализацию.

Наичаще процесс занимал нижние доли, преимущественно правого легкого.

Главной причиной того, что процесс, занимавший столь значительное пространство, не был обнаружен в таком большом проценте случаев, являлась атипичность как общего состояния больного, так и физикальных данных при исследовании органов грудной клетки перкуссией и аускультацией.

Нами разработаны 44 истории болезни умерших в состоянии пониженного питания, причем диагноз присоединившейся пневмонии был подтвержден на вскрытии.

По возрасту наши больные распределялись следующим образом: 19—21 год — 6 человек (13,6%), 22—35 лет — 8 человек (18,1%), 36—45 лет — 15 человек (34,15%); старше 45 лет — 15 человек (34,15%).

Таким образом, среди больных преобладали лица более зрелых возрастов — от 36 лет и старше (68%).

В 18 случаях (40%) температура у больных была нормальной, в отдельных случаях снижалась ниже нормы (35°); в 16 случаях (33%) она была субфебрильной, в 8 случаях (17%) повышалась до 38,5° и только в 2 случаях держалась на более высоких цифрах.

Эти повышения температуры имели большей частью кратковременный характер.

Таким образом, отсутствие повышенной температуры не говорит еще против наличия пневмонии. Наоборот, у ослабленных лиц, имеющих пониженную температуру, даже небольшое ее повышение должно обратить внимание врача на возможность возникновения пневмонии.

Определение частоты дыхания, к сожалению, проводится крайне редко, оно отмечено лишь в 13 историях болезни. Во всех этих случаях число дыханий было увеличено, в 5 случаях оно было 22—29, в 4 случаях — 30—40 и в 4 случаях — более 40 в минуту.

Обращает на себя внимание, что число дыхательных движений не идет параллельно температуре больного (см. таблицу).

Приведенные данные указывают, что учащение числа дыхательных движений является важным и постоянным симптомом атипично протекающей пневмонии.

Что касается частоты пульса, то из 17 больных с нормальной тем-

пературой имели стойкую брадикардию 12 человек (70%), при этом у 3 из них брадикардия была резко выражена (менее 50 ударов в 1 минуту). В 4 случаях частота пульса колебалась в пределах 70—80. Лишь в 1 случае отмечена тахикардия.

№ п/п	Больной	Год рождения	Дата	Температура	Число дыхательных движений в минуту	Локализация процесса
1	Б-х	1908	3.IX	39,0°	30	Нижняя доля левого легкого
			8.IX	37,5°	32	
			11.IX	38,1°	28	
2	Л-в	1907	14.VII	37,6°	42	То же правого легкого
3	И-н	1905	2.VIII	37,3°	24	Двусторонняя нижнедолевая пневмония
			3.VIII	37,5°	28	
			4.VIII	36,3°	32	
			7.VIII	39,0°	50	
4	Б-й	1924	20.VIII	36,5°	20	Двусторонняя пневмония нижних долей
			22.VIII	35,0°	32	

Кровяное давление во всех случаях было сниженным, в среднем соответствуя величинам $\frac{90}{55}$.

Таким образом, ускорение пульса также не является типичным при пневмонии у ослабленных; имеющаяся у них стойкая брадикардия может сохраняться и при осложнении пневмонией. Как известно, даже при ранних формах алиментарной дистрофии характерным считается брадикардия и гипотония.

Перкуторные и аускультативные данные не всегда давали типичные при пневмонии симптомы.

По данным 44 историй болезни нормальный перкуторный звук был в 25 случаях (56%), притупление — в 16 случаях (36%) и тупой звук — в 3 случаях (8%). Нормальное дыхание при выслушивании было в 6 случаях (15%), ослабленное — в 14 случаях (31%), жесткое — в 19 случаях (43%) и бронхиальное — в 5 случаях (11%). Сухие хрипы обнаружены у 19 больных (43%), влажные — у 19 больных (43%), крепитирующие — у 3 больных (7%). У 3 больных (7%) был отмечен шум трения плевры. Мокрота выделялась у 11 больных (25%).

Приведенные данные показывают, что в большей половине случаев (57%) перкуторные данные не дали характерных для пневмонии симптомов притупления. Аускультативно бронхиальное дыхание отмечалось редко (11% случаев), значительно чаще отмечалось ослабленное или жесткое дыхание.

Редко встречались и крепитирующие хрипы (7%); в большей части случаев (86%) отмечались сухие или влажные хрипы, а порой их сочетание. При этом в 16 случаях (36%) эти хрипы имели строго ограниченную локализацию, преимущественно в паравертебральной зоне.

Выделение мокроты также отмечалось непостоянно.

Рентгеноскопические данные, проведенные в 16 случаях, лишь в 4 случаях дали ясную картину пневмонии. В остальных случаях отмечались либо отрицательные данные, либо очаговые изменения относили за счет бывшего ранее специфического процесса. Для иллюстрации привожу один случай, указывающий на диагностическую ошибку в этой области.

Больной Т. (история болезни № 28), 1900 г. рождения. Диагноз: дистрофия III степени.

Поступил в госпиталь 23.VIII.1943 г. До 1.IX перкуторно и аускультативно симптомов не отмечалось. 2.IX появились жалобы на сухой болезненный кашель; температура поднялась до 39,4°. 3.IX опытным специалистом была проведена рентгеноскопия груд-

ной клетки. Отмечены следующие данные: «Слева крупноочаговые инфильтративные изменения в среднем и нижнем отделах, переходящие в мелко- и среднеочаговую инфильтрацию в верхнем отделе. Изменения носят свежий характер, фокусы нечетко очерчены, слабо интенсивны. Гилюсы, особенно левый, расширены. Изменения, вероятнее всего, соответствуют вспышке туберкулезного процесса».

6.IX больной умер. На вскрытии обнаружено: алиментарная дистрофия III степени, дифтеритический колит, крупозная пневмония нижней доли правого легкого в стадии серого опечения.

Приведенные данные указывают, что рентгеноскопическая картина атипичных форм пневмонии отличается от обычной; изучение этих форм является необходимым.

Одним из факторов, объясняющих отсутствие аускультативных симптомов, можно полагать, является отсутствие достаточно глубоких дыхательных движений из-за общей гипотонии мышечной системы. При выслушивании тех же участков при более глубоком дыхании или при покашливании обычно удается обнаружить более ясно те или иные данные (хрипы, часто и крепитация).

Для суждения о составе крови мы выбрали лишь 20 историй болезни, где анализ крови производился не позже чем за неделю до смерти больного. В 8 случаях (40%) отмечалось количество лейкоцитов выше 10 000, в таком же количестве случаев содержание их было в пределах нормы (6 000—8 000), наконец, в 4 случаях количество их было менее 5 000—6 000. Изучение лейкоцитарной формулы показало более характерные изменения. Наиболее характерным следует считать увеличение количества нейтрофилов. В 12 случаях (из 18) общий процент нейтрофилов превышал 70, из них в 5 случаях он был 70 и выше, в 2 случаях — выше 80. Параллельно этому уменьшалось и количество лимфоцитов (в 13 из 18 случаев менее 20%) и моноцитов. В 8 случаях количество палочкоядерных форм достигало 1—5%; в 5 случаях оно равнялось 5—10% и в 5 случаях превышало 10%.

Единичные юные формы наблюдались лишь в 2 случаях. В 15 случаях отмечалась аэозинофилия, в остальных 5 — количество эозинофилов не превышало 0,5—2%. Указанные изменения крови наблюдались у 16 человек при нормальной температуре, у 3 при субфебрильной и лишь в 1 случае при высокой.

Реакция оседания эритроцитов давала закономерное ускорение. В 20 случаях, когда анализ крови проводился незадолго до смерти, при уже выявившейся пневмонии, обнаружились следующие данные:

РОЭ в мм/час	10 — 20	20 — 30	30 — 4	40 — 50	выше 50
Число случаев	2	6	6	4	2
%	10	30	30	20	10

В отдельных случаях, когда мы располагали данными нескольких анализов, при присоединившейся пневмонии РОЭ заметно нарастала.

Привожу данные анализа крови больного М. (история болезни № 42), 1896 г. рождения. Патологоанатомический диагноз: алиментарная дистрофия, дифтеритическое воспаление тонкого кишечника, мелкоочаговая рассеянная бронхопневмония. Анализ крови производился 12.V и 18.V 1943 г. (больной умер 22.V).

Дата	Эритроциты	РОЭ в мм/час	Лейкоциты	Лейкоцитарная формула (в %)					Примечание
				п.	с.	л.	м.	э.	
12.V	3 800 000	30	10 800	3	81	12	4	—	Температура нормальная
18.V	4 100 000	38	6 800	2	83	12	3	—	То же

За 6 дней ухудшавшегося общего состояния было обнаружено нарастание величины РОЭ при общем уменьшении числа лейкоцитов.

Таким образом, наибольшую диагностическую ценность при атипичных формах пневмонии должно иметь не столько общее число лейкоцитов, сколько сдвиг лейкоцитарной формулы влево, относительное преобладание нейтрофилов, частая анэозинофилия, а также нарастание РОЭ.

Анализ мочи у 34 больных показал следующее: удельный вес оставался низким, характерным для мочи при алиментарной дистрофии; в большей части случаев (90%) отмечалось наличие белка, в 20 случаях (60%) — следы или небольшое количество, в 9 случаях — большое количество белка.

Патологический осадок отмечен в 23 случаях (67%); встречались большей частью эритроциты (единичные) и цилиндры; последние обычно единичные, реже — в большом количестве.

Таким образом, при пневмонии патологические элементы со стороны мочи отмечались довольно часто (белок до 90% случаев, цилиндры и эритроциты до 67%). Этим данным следует придавать важное значение, учитывая, что неосложненные формы дистрофии обычно протекают без явного поражения почечной ткани.

★

Майор мед. службы Ф. И. ГОРОДЫСКИЙ

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ В ГОСПИТАЛЯХ ТЫЛА

Ранения мягких тканей в тыловых госпиталях составляют от 10 до 25% (проф. Богданов, Глаголев). Чем ближе расположены госпитали к фронтовому району, тем чаще встречаются раны мягких тканей. В госпиталях N-ского МЭП за 3 месяца эти ранения составили 23,2% к общему числу раненых. Из них ранения нижних конечностей — 58,4%, верхних конечностей — 30,2% и прочих частей тела — 11,4%. Охват этих раненых оперативной помощью, к сожалению, все еще остается низким. По данным нашего МЭП, операции на ранах мягких тканей по отношению к общему числу операций составили 15,3%, а охват оперативной помощью раненных в мягкие ткани составляет 10,7%.

Наши данные о сроках оперативного лечения 634 случаев ранений мягких тканей в госпиталях, в зависимости от локализации и вида ранящего оружия, представлены в табл. 1 (124 случая оперированы нами в N-ском ЭГ).

Как видно из табл. 1, осколочные ранения составляли 70,3%, пулевые — 29,7%. По локализации на первом месте были ранения бедра (34,3%), затем голени (24,3%), плеча (19,9%), предплечья (14,3%) и прочих частей тела (7,2%). По длительности лечения, в зависимости от локализации ранений, первое место по осколочным ранениям занимает голень — 114 койко-дней с момента ранения до выписки, в том числе в последнем госпитале 53 дня. На втором месте стоят ранения бедра — 113 дней, в том числе в последнем госпитале 53 дня; ранения плеча — соответственно 91 и 42 дня, предплечья — 89 и 38 дней, прочих частей тела — 84 и 37 дней.

По группе пулевых ранений длительность сроков лечения выразилась соответственно для голени 103 и 51, бедра — 94 и 47, плеча — 81 и 37, предплечья — 77 и 32, прочих частей тела — 67 и 35 дней. Сред-

Таблица 1. **Сроки лечения ранений**

Место ранения	Характер ранения	Число случаев	Сроки лечения: койко-дни на предыдущих этапах эвакуации	койко-дни в ЭГ до операции	койко-дни после операции	Итого
Бедро	Осколочное	174	50	18	35	103
	Пулевое	42	47	21	26	94
Голень	Осколочное	77	61	17	36	114
	Пулевое	66	52	19	32	103
Плечо	Осколочное	80	49	20	22	91
	Пулевое	25	44	19	18	81
Предплечье .	Осколочное	60	51	14	24	89
	Пулевое	30	45	15	17	71
Прочие участки тела . .	Осколочное	43	47	16	21	84
	Пулевое	37	32	17	18	67
Среднее число койко-дней на одного раненого		(634)	55	18	27	90

нее количество дней лечения ран на предыдущих этапах — 55, в госпиталях последнего этапа — 45 дней.

Контингенты поступавших с ранениями в мягкие ткани имели раны с ясно выраженными глубокими рубцовыми изменениями давностью в 60—70 дней, а иногда и многие месяцы. Редко в госпитали попадали раненые, с момента ранения которых прошло 20—30 дней. Нами применялось иссечение раны, рубцово измененных тканей с последующим наложением глухого шва в 403 случаях. В число этих случаев включена 21 операция иссечения с послабляющими разрезами.

Раны больших размеров (20 × 10 см), расположенные на передней поверхности большеберцовой кости и на суставных поверхностях с малым подкожножировым слоем, часто округлой формы, типа трофических язв, иссекались, после чего закрывались лоскутом здоровой кожи соседнего участка или пересадкой кожи по Тиршу и Дэвису. Полученные результаты оперативного лечения представлены в табл. 2.

Таблица 2. **Результаты оперативного лечения**

Название операций	Число случаев	Полное заживление	Частичное заживление	Без успеха	Результат не выяснен
Иссечение с глухим швом	403	247 (61,29%)	100 (24,81%)	34 (8,4%)	22 (5,6%)
Вторичный шов на гранулирующую рану	131	92 (70,2%)	27 (20,7%)	7 (5,4%)	5 (3,7%)
Пластические операции	100	52 (52%)	28 (28%)	5 (5%)	15 (15%)
Итого . . .	634	391 (61,9%)	155 (24,3%)	46 (7,2%)	42 (6,6%)

Как видно из табл. 2, лучшие результаты получены при наложении вторичного шва. Второе место занимает иссечение с глухим швом и последнее — пластические операции.

К случаям с полным заживлением отнесены те, в которых после снятия швов раны зажили или имело место полное приживление лоскута — 391 случай (53,9%). К частичным заживлениям — 155 случаев (24,3%) — отнесены случаи, когда был снят один-два шва. В 11 из этих случаев отмечены гематомы, в связи с чем применялись тампоны. В 8 случаях не была наложена иммобилизующая повязка. В 46 случаях был полный неуспех (7,2%). Следует отметить, что частичное заживление и полный неуспех наблюдались в начале нашей работы значительно чаще. Особо следует отметить, что неприживление лоскута при пересадках кожи не задерживает заживления раны, а стимулирует его, что соответствует учению Филатова. После операции мы, как правило, применяем иммобилизацию.

Исходы у закончивших лечение установлены в 314 случаях и представлены в табл. 3.

Таблица 3. **Исходы лечения**

Наименование операции	Количество случаев	Выписано в часть	Уволено
Вторичный шов	123	115 (93,6%)	8 (6,4%)
Иссечение с глухим швом	117	91 (77,7%)	26 (22,3%)
Пластическая операция	74	41 (55,4%)	33 (44,6%)
Итого	314	247 (78,6%)	67 (21,4%)

Как видно из табл. 3, после наложения вторичного шва на гранулирующие раны без иссечения возвращено в армию 93,6%, при иссечении — 77,7%, при пластической операции — 55,4%.

В 124 случаях перед операцией было произведено исследование микрофлоры ран мягких тканей с учетом локализации раны.

Чаще всего рост патогенных микробов дают раны голени, затем раны бедра. В 114 случаях перед операцией произведено исследование крови. Нормальный лейкоцитоз и нормальная РОЭ были у 94 человек; в 20 случаях лейкоцитоз был повышен до 9 000. Случаи с повышенным лейкоцитозом и РОЭ дали большой процент расхождения швов.

Одним из важных моментов подготовки раны к операции мы считаем применение кварцевого облучения по 5—7 минут в течение 6—7 дней. Кварцевое облучение особенно показано при ранах с неровным дном, стенками и краями.

Хорошие результаты получены при подготовке ран к операции медикаментозным лечением (гипертонические растворы и бальзамические мази). Каждый из перечисленных способов подготовки ран мягких тканей к операции дает хорошие результаты в зависимости от тщательности выполнения и правильной оценки состояния раны. Особое внимание следует обратить на хорошее состояние окружающей рану кожи. В процессе операции особое внимание должно быть обращено на тщательное иссечение рубцовой ткани и хороший гемостаз. Мобилизация краев раны должна исключать возможность натяжения при наложении швов.

★

Подполковник мед. службы доц. М. С. МАРШАК,
канд. мед. наук А. М. ШНАПЕН и канд. мед. наук Г. В. МХИТАРОВ

ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ ПРИ РАНЕНИЯХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ С НАЛИЧИЕМ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Лечебное питание может оказать во всех случаях лечения ран не только общее воздействие с точки зрения поднятия сил и сопротивляемости организма. Оно непосредственно влияет на течение раневого процесса как неспецифическое терапевтическое мероприятие путем воздействия на межуточный обмен, на реактивность всего организма, а также на биохимические и бактериальные процессы, происходящие в самой ране.

В ряде случаев диэтетические мероприятия должны обеспечить оберегание от местного раздражения, как это имеет место при поражении желудочно-кишечного тракта.

Ранения брюшной полости с наличием каловых свищей представляют собой тот вид травматических поражений, когда лечебное питание особенно необходимо. Мы имеем перед собой больного с тяжелой травмой, нередко находящегося в состоянии значительного истощения вследствие нарушения питания, обусловленного поражением кишечника и сопутствующей инфекцией.

Воспалительные явления, развивающиеся при ранении кишечника непосредственно на большом протяжении слизистой, сопутствующие дерматиты, поддерживаемые постоянным отделяемым из свища, значительно осложняют течение раневого процесса и требуют специальных диэтетических мероприятий.

Диференцированное построение диэты при ранениях в брюшную полость с наличием каловых свищей основано на учете ряда условий, а именно:

а) состояние общего питания больного;

б) наличие гипо- и авитаминозов;

в) характер выделяемых через свищ фекальных масс (характер стула);

г) состояние секреторной функции желудка;

д) характер течения раневого процесса и его фаза.

При общем пониженном питании больного необходимо особое внимание обратить на повышенное содержание белка в пищевом рационе, что может быть достигнуто, в частности, за счет добавления дрожжей, пищевой крови.

Явления гипо- и авитаминозов указывают на необходимость обеспечения больного лечебной дозой соответствующих витаминов. Характер выделяемых через свищ фекальных масс дает четкие указания на состояние пищеварения, свидетельствуя о нарушениях секреторной функции кишечника, наличии или отсутствии бродильных процессов в кишечнике, моторной функции последнего и т. п.

Для суждения о состоянии пищеварительной функции имеет большое значение также характер желудочной секреции.

Проведенное нами исследование секреторной функции желудка, кроме непосредственного практического значения для выбора терапевтических и диэтотерапевтических мероприятий, представляет и теоретический интерес, вскрывая влияние поражений различных отделов кишечника на желудочную секрецию.

Наконец, большое значение в отношении выбора комплексной терапии, в том числе и диэтотерапии, имеет характер течения раневого процесса и его фаза.

Резкое проявление воспалительной реакции или вялое течение раневого процесса требуют соответствующих диэтетических мероприятий, направленных на снижение чрезмерного ацидоза в первой фазе раневого процесса и к повышению реактивности организма и вызыванию некоторых ацидотических сдвигов в организме при вялом течении раны во второй фазе.

Естественно, что во всех случаях диэтотерапии при каловых свищах обязательно учесть необходимость оберегания от механического раздражения, поскольку налицо имеется поражение кишечника.

По вопросу о диэтотерапии при каловых свищах имеются общие указания и схемы НКЗдрава СССР; специальное исследование по лечебному питанию при каловых свищах было проведено в Больнице им. Остроумова в Москве под руководством проф. Мюллера; выработанная диэта применяется и в других госпиталях.

Можно считать доказанным, что правильно построенное лечебное питание безусловно способствует более благоприятному течению раневого процесса и в ряде случаев является основным методом консервативного лечения.

Шумилин и Рампан в упомянутой выше Больнице им. Остроумова на 35 случаев каловых свищей в 17 случаях наблюдали, что после консервативного лечения свищи закрылись.

В нашей работе мы поставили перед собой задачу установить диференцированные показания для диэтотерапии при каловых свищах на основе специального изучения секреторной функции желудка. Нами наблюдалось 72 случая кишечных свищей, из них 10 случаев поражений тонкого кишечника и 62 случая поражений толстого кишечника.

Для указанных больных мы разработали три основных диэты применительно к схеме, рекомендованной НКЗдравом СССР для эвакогоспиталей, с соответствующими коррективами.

Лечебный стол № 1 (полостной) имеет назначением обеспечить условия минимального химического и механического раздражения желудочно-кишечного тракта; с этой целью из рациона исключены экстрактивные вещества в виде бульонов, мясных подливок и грубая растительная клетчатка; вся пища подвергается тщательному размельчению в виде пюре; суточный рацион распределен на пять примерно одинаковых по объему приемов пищи, около 400 см³ каждый; количество жидкости в суточном рационе ограничено до 500 см³ свободной жидкости; супы полностью исключены. Молоко давалось только в кушаньях. В целом за день весь суточный рацион составляет около 2 200—2 300 г, включая входящую в его состав жидкость.

Противовоспалительное действие лечебного стола № 1 (полостного) достигалось за счет резкого ограничения в нем поваренной соли, а ощелачивающее влияние — за счет повышенного содержания молока и увеличения количества картофеля до 400 г в день.

Лечебный стол № 14а, разработанный в 1934 г. (Маршак) и показавший свою эффективность при гнойных ранах, вяло протекающих во второй фазе раневого процесса, получил в настоящее время широкое применение в госпиталях. Этот режим питания основан на включении ацидотически действующих продуктов (мясо, крупа, жиры) и исключении молока и овощей. Для больных с кишечными свищами этот лечебный стол намечен с двумя коррективами: ограничением жидкости и механическим измельчением пищи.

Лечебный стол № 2 (полостной) представляет собой полноценный режим питания, показанный для раненых с кишечными свищами в связи с тем, что все блюда этого стола подвергаются механическому измельчению без удаления экстрактивных веществ, исключается грубая растительная клетчатка и ограничивается жидкость.

По прекращении острых явлений больные переводятся на обычные столы № 2 и № 15.

В качестве дополнительного фактора, благоприятно влияющего на кишечную флору и безусловно способствующего нормализации кишечного пищеварения, нами включено в лечебные столы при каловых свищах ацидофильное молоко, которое приготовлялось в госпитале по способу проф. Сулима-Самойло. Способ этот основан на том, что при заквашивании молока в течение 4 дней ацидофильными бактериями другие микробы молочнокислого сбраживания вытесняются.

В процессе наблюдений над нашими больными нам не пришлось применять лечебный стол № 14а. Во всех случаях имелись явления более или менее резко выраженного воспалительного процесса, сопровождающегося дерматитами, а потому наиболее показанным явился стол № 1 (полостной) в сочетании со столом № 2 (полостной). При поражениях тонкого кишечника применение стола № 1 (полостной) было более длительно, а при поражениях толстого кишечника при основном столе № 2 (полостной) назначался на 5—7 дней стол № 1 (полостной). Из нашего опыта отнюдь не вытекает ненужность стола № 14а, так как количество наблюдавшихся нами случаев невелико.

Одновременно с лечебным питанием больные получали медикаменты: атропин в случаях повышенной секреции и соляную кислоту при угнетенной секреции; опий не применялся. Показаниями для дополнительно упомянутых средств служили исследования желудочной секреции у всех наблюдавшихся больных. Одновременно с применением указанных медикаментов соответственно видоизменялась и диэта (стол № 2 полостной или № 1 полостной).

Исследования желудочной секреции проводились фракционно после дачи кофеинового завтрака по Качу. Одновременно исследовалась и эвакуаторная функция желудка. Данные по этим исследованиям приведены ниже.

Следует отметить, что данные желудочной секреции могут явиться ценными также и для выбора витаминотерапии (помимо специальных показаний по авитаминозам, если таковые наблюдаются).

Витамин С является весьма важным фактором при всяком травматическом поражении и его назначение является во всех случаях целесообразным, особенно при высоко расположенных свищах тонкого кишечника, поскольку он снижает продукцию желчи, а на секрецию функции желудка не влияет. Витамин B_1, благодаря его стимулирующему влиянию на желудочную секрецию (Разенков), показан в случаях, протекающих с подавленной секреторной функцией, что имеет место преимущественно при поражении толстого кишечника. При сопутствующих поражениях печени, которые чаще всего наблюдаются при поражении тонких кишок и при длительной интоксикации, показано назначение витамина К.

На основании проведенных наблюдений нами разработана следующая схема диференцированной диэтотерапии при каловых свищах.

I. Свищи тонкого кишечника

а) При удовлетворительном течении раневого процесса, нормальном состоянии общего питания и нормальной желудочной секреции — лечебный стол № 1 (полостной), витамины С и К и ацидофильное молоко.

б) При пониженном питании и гипацидном состоянии — лечебный стол № 2 (полостной) с зигзагами на стол № 1 (полостной), витамины С, B_1 и К, ацидофильное молоко, добавочное введение в пищу белковых продуктов.

в) При резко выраженных воспалительных явлениях, гиперацидном состоянии желудочной секреции — лечебный стол № 1 (полостной), витамины С и К, атропин.

II. Свищи толстого кишечника

а) При удовлетворительном течении раневого процесса, нормальном состоянии общего питания, оформленном стуле и нормальной желудочной секреции — лечебный стол № 2 с зигзагами на стол № 1 (полостной), витамин С, ацидофильное молоко.

б) При пониженном питании, неоформленном стуле и гипацидном состоянии желудочной секреции — лечебный стол № 2 (полостной) с переходом на стол № 2 при оформлении стула, ацидофильное молоко, добавочные белки, витамины С и B_1, соляная кислота.

в) При пониженном питании, вялом течении раневого процесса, неоформленном стуле — лечебный стол № 1 (полостной) или № 2 (полостной) с зигзагами на стол № 14а (полостной), с переходом на стол № 2; как основной фон питания: ацидофильное молоко, добавочные белки, витамины С, B_1, К, соляная кислота.

г) При гиперацидном состоянии — лечебный стол № 1 (полостной).

III. Дополнительные назначения при осложнениях

а) При бродильном кале — резкое ограничение углеводов.

б) При выраженных поражениях печени — витамины B_1, С и К.

в) При токсических поносах — гемоклизмы и гематоген в жидком виде внутрь.

Применение лечебного питания в общем комплексе лечения, включая рентгенотерапию в 15 случаях, дало следующие результаты: из 72 случаев в 30 достигнуто закрытие свищей без оперативного вмешательства на кишечнике. Свищи толстого кишечника (трубчатые) при консервативно-комплексном лечении дали заживление в 50% случаев. В случаях свищей тонкого кишечника отмечено быстрое улучшение общего состояния больных, снижение интоксикации, уменьшение дерматитов, сокращение выделяемого из кишечника, так что больные, благодаря лечебному питанию, в короткие сроки были подготовлены к оперативному вмешательству. Хорошее впечатление получилось от применения ацидофильного молока, которое благоприятно сказывалось на оформлении стула и повышении аппетита.

Исследование желудочной секреции проведено в 26 случаях, в том числе в 8 случаях свищей тонкого кишечника и в 18 случаях свищей толстого кишечника. Секреция исследовалась фракционным методом пробного кофеинового завтрака по Качу.

Полученные данные не выявили каких-либо закономерностей в отношении количества содержимого натощак к времени эвакуации; в подавляющем большинстве случаев в этом отношении не было отклонений.

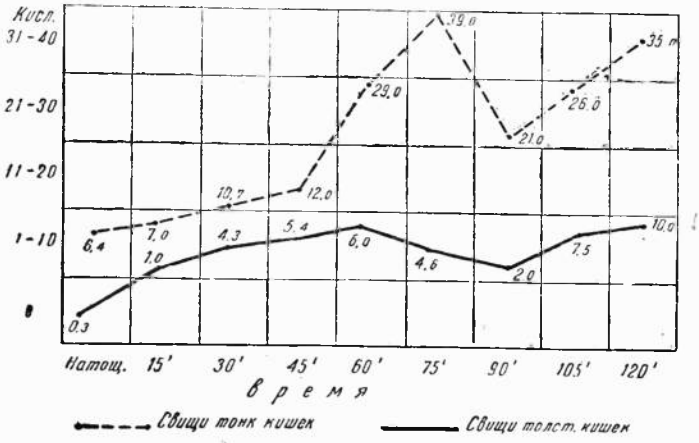
Но в отношении кислотности желудочного содержимого можно отметить определенные закономерные сдвиги, которые сводятся к следующему (см. диаграмму на стр. 22):

а) при свищах тонкого кишечника желудочная секреция у больных сохраняется и имеет тенденцию к гиперхлоргидрии; в ряде случаев отмечается содержание свободной соляной кислоты при исследовании натощак;

б) при свищах толстого кишечника желудочная секреция резко угнетена и в большинстве случаев желудок совершенно не продуцирует свободной соляной кислоты.

Наряду с этим при свищах толстого кишечника можно отметить отдельные случаи, при которых желудок продуцирует значительное ко-

личество соляной кислоты натощак и на всем протяжении исследования дает непрерывное нарастание свободной соляной кислоты, не снижающейся через 2 часа после приема пробного завтрака. Состояние постоянного значительного возбуждения секреторного аппарата можно было бы отнести за счет всасывания продуктов белкового распада, но размер



Содержание свободной соляной кислоты при фракционном исследовании желудочной секреции в случаях кишечных свищей (средние данные) (пробный завтрак по Качу)

поражения и местного отделяемого этому не соответствовали. Можно было также предположить, что у этих больных имелись нарушения со стороны желудка еще в период до ранения. Однако при тщательном опросе больных жалоб на желудочные нарушения до ранения у них не отмечено.

Характер нарушения желудочной секреции не может быть отнесен за счет инфекции, поскольку, по наблюдениям за функциональным состоянием желудка при острых инфекциях, сопровождающихся поражением кишечника (энтероколит, брюшной тиф, дизентерия), желудочная секреция в подавляющем большинстве случаев бывает резко угнетена вне зависимости от того, поражен ли тонкий кишечник (брюшной тиф) или толстый кишечник (дизентерия) (Волынский).

Остается предположить, что в этих случаях имела место особо резкая реакция со стороны вегетативной нервной системы (вагусного характера).

У этих больных заживление свищей текло замедленно и имело выраженную тенденцию к рецидивированию.

Соответствующая комплексная терапия, направленная на нормализацию вегетативной нервной системы, дала в этих случаях положительные результаты.

Приводим для примера историю болезни.

Больной Т-ев (история болезни № 7/879) ранен 22.II.1944 г. в брюшную полость. В данный госпиталь поступил 21.III со свищом толстого кишечника. Консервативное лечение, включавшее, также и рентгенотерапию, последний сеанс которой проведен 18.IV, не дало достаточных положительных сдвигов: 9.V через свищ выделялся кал. Исследование желудочной секреции показало спонтанную секрецию (табл. 1).

Таким образом, мы можем констатировать, что при поражениях кишечника в преобладающем большинстве случаев отмечается нарушение функции секреторного аппарата желудка.

Нарушения желудочной секреции не могут рассматриваться как изолированное явление, а отражают поражение вегетативной нервной

Таблица 1. **Кислотность желудочного содержимого**

Время взятия пробы	Общая кислотность	Свободная соляная кислота
Натощак	90	62
Через 105 мин. . . .	102	70
„ 120 „ . . .	108	84

С 11.V больному назначен лечебный стол № 1, гальванизация шейных узлов с бромом, атропин 2 раза в день в виде инъекций по 1 см³ раствора 1 : 1 000.

16.V свищ закрылся; рецидивов не наблюдалось.

Таблица 2. **Примерное меню лечебного стола № 1 (полостной) и лечебного стола № 2 (полостной)**

Прием пищи	Наименование блюд		Продуктовый состав	Общий вес всех блюд
	стол № 1 (полостной)	стол № 2 (полостной)		
8 часов	Омлет паровой Каша рисовая протертая молочная	Яичница жареная То же или котлеты	Яйцо 1,4 шт. Молоко 50,0 Масло 5,0 (в блюдо) Рис 40,0	
	Чай, сахар, масло, сухари	То же	Сахар 20,0 Масло 5,0 (в блюдо) Масло 15,0 (на руки) Сухари 100,0 Чай 0,3	400,0
11 часов	Фрикадели мясные с пюре картофельным на молоке	Котлеты жареные с картофельным пюре	Мясо 40,0 Картофель 200,0 Молоко 50,0 Масло 5,0	350,0
	Сухари	Ацидофильное молоко Сухари	Молоко 100,0 Сухари 50,0	
14 часов	Тефтели паровые с кашей протертой	Котлеты мясные с протертой кашей	Мясо 40,0 Крупа 45,0 Масло 15,0	350,0—450,0
	Кисель Сухари	Кисель Сухари	Сок фруктовый 10,0 Картофельная мука 1,0 Сахар 15,0	
		Бульон мясной 100 см³	Сухари 100,0	
16 часов	Каша манная молочная Чай с молоком	Котлеты манные Ацидофильное молоко	Крупа 40,0 Молоко 200,0 Масло 5,0 Сахар 5,0	300,0
19 часов	Мясное пюре с картофельным пюре Творог протертый Масло, сахар	Котлеты мясные с картофельным пюре То же Масло	Мясо 40,0 Крупа 40,0 Масло 5,0 (в блюдо)	
	Сухари Чай	Сухари Сахар Чай	Творог 100,0 Масло 10,0 (на руки) Сахар 10,0 Сухари 50,0 Чай 0,3 г	450,0

системы. Соответствующая комплексная терапия, включающая диэтетические и медикаментозные средства, должна быть согласована с состоянием желудочной секреции.

Меню лечебных столов № 1 (полостной) и № 2 (полостной) приводится (см. табл. 2 на стр. 23).

Выводы

1. Лечебное питание при поражениях брюшной полости с наличием каловых свищей является эффективным методом в общем плане комплексной терапии.

2. Лечебное питание должно назначаться диференцированно в соответствии с характером общего питания больного, локализацией ранения, течением и фазой раневого процесса и состоянием желудочной секреции.

3. Данные исследования желудочной секреции являются важным показателем для установления мероприятий по комплексной терапии (подготовка к операции, диэтотерапия, физиотерапия и т. д.).

★

Подполковник мед. службы доц. К. К. БОГОЛЮБОВ

О ПРИМЕНЕНИИ СУПЕРАММОНИЗАЦИИ ДЛЯ ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ ВОДЫ В ПОХОДНЫХ УСЛОВИЯХ

Для обеззараживания воды в походных условиях требуется способ максимально простой и действующий быстро, но в то же время надежно.

Широкое распространение в различных армиях приобрел метод суперхлорирования, т. е. применения очень высоких, избыточных доз хлора с последующей нейтрализацией его остатка. При таком методе нет необходимости тратить время и труд на подбор дозы хлора. Кроме того благодаря увеличению концентрации хлора в воде, действие его на бактерии может быть ускорено.

Однако имеются указания, что увеличение дозы хлора сравнительно слабо влияет на ускорение обеззараживания воды. Vincent установил, что увеличение дозы хлора может с какого-то определенного предела перестать оказывать действие, так что для уничтожения всех микроорганизмов потребуются уже колоссальные дозы. Hailer и Bockelberg усматривали в этом особенность действия хлора по сравнению с другими дезинфицирующими веществами. Повидимому, этим обстоятельством следует объяснять, почему дозы хлора, рекомендуемые различными авторами для обеззараживания воды по методу суперхлорирования, так резко различаются между собой: от 3—4 мг/л (Mackenzie, Haupt) до 100—150 мг/л (Rhein, Kruse, Spitto, Ditthorn, Jötten). Отсюда, естественно, может зародиться сомнение в надежности самого метода.

Обработка воды по методу суперхлорирования не гарантирует от вторичного появления бактерий в обеззараженной воде. Это явление, известное уже с давних пор, принимало на водопроводах крайне широкое распространение. В 1929 г. оно даже послужило предметом изучения специальной комиссией, созданной Американской ассоциацией общественного здравоохранения. Общепризнанного удовлетворительного объяснения причин этого явления пока нет. Можно лишь утверждать, что вторичное появление кишечных палочек в водопроводной воде обычно не связано с новым загрязнением обеззараженной воды, а имеет какую-то особую причину. Наши эксперименты с невской водой, а также изучение этого явления на ленинградском водопроводе привели нас к заключению, что в этом случае происходит оживление в водопроводной воде кишечных палочек, не убитых хлором, но лишь приведенных в особое состояние мнимого отмирания. Возможно также последовательное размножение оживших бактерий в обеззараженной воде, поскольку, как мы это экспериментально установили, бактерицидные свойства сырой воды могут быть в большей или меньшей степени ослаблены благодаря действию хлора.

При длительном хранении хлорированной воды в цистернах, бочках или других резервуарах, особенно при неблагоприятных температурных условиях, вторичное появление в этой воде кишечных палочек, несомненно, может проявиться в резкой форме.

Обычно войсковые или корабельные врачи в своей повседневной работе всякий случай обнаружения кишечных палочек в обеззараженной воде трактуют как показатель нового загрязнения воды и соответ-

ствующим образом ориентируют санитарные мероприятия. Такой подход понятен и оправдан с точки зрения практики санитарного надзора. Но в целом ряде случаев это предположение не подтверждается и проводимые мероприятия не достигают цели, так как в основе этого явления лежит недостаточная надежность самого метода обеззараживания воды, не гарантирующего от мнимого отмирания бактерий с последующим их оживлением.

В поисках быстрого и надежного метода обеззараживания воды, пригодного для походных условий, мы остановились на методе суперамонизации, т. е. аммонизации воды при высоких дозах хлора.

Литературные данные о применении этого метода немногочисленны. McDaniel наблюдал, что сибиреязвенные споры, выдерживавшие действие хлора в дозе 30 мг/л, погибали мгновенно при той же дозе хлора, но с добавкой 10 мг/л аммиака. Hoder установил, что можно значительно ускорить бактерицидное действие хлораминов (Hydrosept — таблетки), увеличивая их дозу. Суперамонизация была с успехом применена на установке в В. Сондуске (США). Доза хлора доходила до 6 мг/л при соотношении $Cl : NH_3$, равном 3,5 : 1 (Lower). Sartorius рекомендовал большие дозы хлораминов, например, 50 мг/л, для индивидуального обеззараживания воды. Эффект достигался за несколько минут.

В недавнее время проф. Кошкин и его сотрудники высказались против целесообразности применения аммонизации при больших дозах хлора на том основании, что аммонийные соединения, понижающие хлоропоглощаемость при малых дозах хлора (1—2 мг/л), при больших дозах — 5 мг/л и более, — напротив, сами начинают поглощать хлор. Также при увеличении дозы хлора органические вещества воды в присутствии аммонийных солей начинают поглощать хлор сильнее, чем в отсутствие аммиака. Однако эти соображения неубедительны, поскольку при обеззараживании воды большими дозами хлора вообще не ставится задача снизить расход хлора или стабилизировать остаточный хлор. Напротив, более быстрое исчезание хлора из воды могло бы стать даже желательным, если бактерицидный эффект остается хорошим.

Обратиться к методу суперамонизации нас принудили результаты опытов по изучению влияния различных модификаций хлорирования невской воды на вторичное появление в ней бактерий. Эти опыты показали, что для получения надежного бактерицидного эффекта надо действовать на бактерии не очень быстро, а постепенно. Высокие же дозы хлора, действуя слишком резко, могут при определенных условиях вызвать у бактерий состояние мнимой смерти. Если желательно все же ускорить бактерицидное действие путем увеличения дозы хлора, то нужно как-то «смягчить удар». Мы рассчитывали, что при больших дозах хлора такие условия может создать аммонизация воды.

Опыты суперамонизации невской воды мы ставили с дозами хлора 4—10 и 20 мг/л при соотношениях $Cl : NH_3$, равных 32 : 1, 16 : 1, 8 : 1, 4 : 1 и 2 : 1, и при температурах воды 1—2°, 4—6°, 10—12°, 18—20° и 24—26°. Продолжительность контакта хлора с водой составляла 10 минут. После нейтрализации остаточного хлора избытком гипосульфита натрия пробы воды сохранялись при комнатной температуре в течение 10 суток, и в продолжение всего этого срока велось наблюдение за вторичным появлением в обеззараженной воде кишечных палочек. Параллельно ставились опыты с такими же дозами хлора, но без аммиака. Каждая из комбинаций доз хлора, соотношения $Cl : NH_3$, и температуры воды была испытана не менее чем по 3 раза. Всего было проведено 245 опытов. Из этих опытов в 21 случае не удалось отметить достаточного бактерицидного эффекта, т. е. титр кишечной палочки спустя 10 минут контакта хлора с водой оставался меньше 10 мл. Эти опыты исключены из дальнейшего рассмотрения.

В остальных опытах частота вторичного появления кишечных палочек была, в зависимости от условий воды, такова: в опытах суперхлорирования — в 21% случаев, в опытах суперраммонизации при соотношении $Cl : NH_3$, равном 32 : 1 — в 23%, 16 : 1 — в 19%, 8 : 1 — в 16%, 4 : 1 — в 24%, 2 : 1 — в 5% случаев.

Таким образом, в этих опытах выявилось определенное преимущество суперраммонизации при соотношении $Cl : NH_3$, равном 2 : 1, т. е. при относительно высоких дозах аммиака. Следует при этом подчеркнуть, что отмеченное при такой модификации суперраммонизации в 5% случаев вторичное появление кишечных палочек относилось к опытам с дозой хлора 4 мг/л. При дозах же хлора 10 и 20 мг/л вторичное появление кишечных палочек не наблюдалось при соотношении $Cl : NH_3$, равном 2 : 1, ни одного раза (в 31 опыте).

Результаты проведенных опытов были также обработаны следующим образом. Все случаи, в которых кишечные палочки были обнаружены хотя бы при одном из посевов в любой момент в продолжение всего 10-суточного срока наблюдения и в любом титре до 100 мл включительно, были объединены в группу «не вполне удовлетворительного обеззараживания». Следовательно, в эту группу включались не только случаи с вторичным появлением кишечных палочек в воде после обеззараживания, но и случаи с недостаточно эффективным непосредственным бактерицидным действием. При такой обработке материала также совершенно отчетливо выступало преимущество указанной модификации суперраммонизации. При температуре воды от 4—6° до 24—26° также не вполне удовлетворительные результаты при суперхлорировании дозой хлора 10 мг/л были отмечены в 65% случаев, а в параллельных опытах суперраммонизации при соотношении $Cl : NH_3$, равном 2 : 1, и при той же дозе хлора — всего в 17% случаев. В опытах с дозой хлора 20 мг/л не вполне удовлетворительные результаты были отмечены при суперхлорировании в 37,5% случаев, а в параллельных опытах суперраммонизации при указанном соотношении $Cl : NH_3$ — всего в 8%. Таким образом, суперраммонизация при соотношении $Cl : NH_3$, равном 2 : 1, улучшала результаты по сравнению с суперхлорированием в 4—5 раз.

Особо следует упомянуть об обеззараживании воды при очень низкой температуре 1—2°. В этих случаях суперраммонизация при соотношении $Cl : NH_3$, равном 2 : 1, нередко давала неудовлетворительный непосредственный бактерицидный эффект, т. е. к концу 10-минутного срока контакта в воде еще обнаруживались кишечные палочки. Эти уцелевшие бактерии характеризовались резко ослабленной жизнеспособностью и были, несомненно, глубоко «задеты» хлором. Во всех таких случаях они быстро, иногда уже через полчаса, погибали в воде, несмотря на то, что остаточный хлор был нейтрализован. Все же ради предосторожности, поскольку мы не знаем, как будут вести себя подобные бактерии в живом организме, следовало избавиться и от таких форм бактерий. С этой целью мы испытали иную методику в специальной серии опытов с дозой хлора 10 мг/л и изучили влияние увеличения продолжительности контакта до 30 минут. При этом условии можно обеспечить надежное бактерицидное действие суперраммонизации при соотношении $Cl : NH_3$, равном 2 : 1, и при очень низкой температуре воды.

Заключение. Суперраммонизация воды, т. е. применение аммиака при высоких дозах хлора — 10 и 20 мг/л — и при соотношении $Cl : NH_3$, равном 2 : 1, оказалась значительно более надежным методом для быстрого, за 10 минут, обеззараживания невской воды, чем обычное суперхлорирование. При очень низкой температуре воды (1—2°) следовало при таком методе суперраммонизации увеличивать продолжительность контакта хлора с водой до 30 минут.

★

Майор мед. службы доц. М. М. МАЗУР

О СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО УЧЕТА И ОТЧЕТНОСТИ

Действующая в настоящее время система медицинского учета и отчетности введена незадолго до начала Великой отечественной войны: первая часть — учет и отчетность мирного времени — в январе 1940 г., вторая — учет и отчетность военного времени — в мае 1941 г. За истекшее время накопился опыт изучения и применения этой системы, назрела необходимость внесения коррективов для ее усовершенствования.

В настоящей статье изложены предварительные замечания, относящиеся к первой части — учету и отчетности в мирное время. Она складывается из оперативно-учетных документов и отчетности, причем последняя с точки зрения возможностей статистического анализа и оперативного применения обобщенных данных представляет наиболее интересную часть, тогда как оперативно-учетная документация должна давать необходимые для отчетности исходные сведения, одновременно выполняя свою основную роль — накопление медицинских наблюдений для правильной диагностики и лечения.

Именно в отчетности должна содержаться четкая и стройная система показателей, применяемых для осуществления общих целей учета и отчетности, выраженных в «Наставлении по учету и отчетности» словами: «Способствовать оперативному руководству санитарной службой и должной организации лечебно-санитарных мероприятий, направленных к повышению боеспособности Красной Армии».

Из девяти отчетных форм, указанных в перечне, наиболее важны четыре: месячный и годовой отчеты о санитарном состоянии войсковых частей, месячный и годовой отчеты лечебных учреждений. Первая из указанных форм носит название «Сведения о заболеваемости, травматизме, трудопотерях и смертности личного состава» и содержит единую классификацию болезней с делением случаев заболеваний по составу (рядовой, начальствующий) с подразделением состава на общее число случаев и «из них пользовано стационарно». Таким образом, из отчета можно получить лишь сведения об амбулаторной заболеваемости и отборе на койку.

Вопрос о трудопотерях освещается лишь общими данными о числе дней трудопотерь без распределения их по нозологическим группам. Такие данные ничего не дают для анализа причин трудопотерь в Красной Армии.

Многолетняя оправдавшая себя практика статистики временной нетрудоспособности в гражданских учреждениях и на предприятиях дает возможность изучения размеров ущерба, наносимого теми или иными заболеваниями и выраженного в показателях как числа случаев, так и количества дней утраты трудоспособности. Сопоставление последних двух показателей позволяет вывести так называемые показатели средней тяжести того или иного заболевания. Нам представляется, что введение в отчетность войсковых частей указанных двух показателей, кроме имеющихся данных об амбулаторной заболеваемости и отборе на койку, повысит аналитическую ценность отчетности и создаст реальные материалы для изучения трудопотерь в Красной Армии.

Показанный в заголовке отчетности вопрос о смертности также обеспечен недостаточно: имеющаяся форма списка не содержит данных о диагнозе.

Для изучения заболеваний по отдельным нозологическим группам все отчетные формы имеют одну и ту же классификацию болезней. Надо полагать своевременным ее пересмотр с точки зрения как некоторого упрощения и сокращения для отчетов войсковых частей в сравнении с отчетами лечебных учреждений, так и внесения изменений в некоторые группировки, построенные с нарушением общепринятой классификации (болезни зубов, полости рта, грыжа выделены из класса болезней органов пищеварения; сомнительны группировки болезней, «связанных главным образом с охлаждением тела»; необходимо внесение ряда новых форм и т. д.).

Оценивая годовой отчет войсковой части (форма № 6), необходимо, кроме всех уже приведенных по поводу месячного отчета замечаний, указать на полное отсутствие каких-либо материалов о физическом развитии личного состава и его динамике. Кстати, следует упомянуть, что в I и II разделах «Наставления» применяется новый термин «физическое состояние», которому не дается текстового пояснения. Лишь из учетных форм медицинских книжек можно понять, что под физическим состоянием разумеется общее заключение о физическом развитии, которое записывается в виде неудовлетворительных субъективных формулировок: «хорошо, удовлетворительно, слабо» или «улучшение, без изменения, ухудшение». Не говоря уже о групповых оценках физического развития, даже индивидуальные оценки необходимо строить по определенной методике. В качестве одного из методов такой оценки можно указать на общеизвестный профиль Мартина.

Не лишним было бы включение в годовой отчет войсковой части определенной единообразной программы разработки травматизма, которому уделено немало места в учетной работе.

Необходимо поставить еще два вопроса, которые не затронуты существующей отчетностью и не имеют также учетной документации: вопрос о результатах профилактических осмотров и о важнейших санитарных мероприятиях.

Опыт Отечественной войны показал, что систематические профилактические осмотры сыграли большую роль в раннем выявлении многих болезненных форм и проведении профилактических и оздоровительных мероприятий. Учет и отчетность о результатах профилактических осмотров, введенные по инициативе ряда фронтов, дали в руки командования ценные материалы для характеристики санитарного состояния войсковых частей и соединений.

Практика санитарной работы также нуждается в отчетных материалах о текущих осмотрах личного состава и окружающей его обстановки, собираемых и сводимых по хорошо разработанной методике.

Переходя к отчетности лечебных учреждений, состоящей также из двух форм — квартальной (форма № 2) и годовой (форма № 7), следует указать, что первая из них не содержит никакого распределения больных по нозологическим формам и дает лишь общие исходы всех заболеваний. Следует признать, что оперативно-аналитическая ценность таких сведений весьма ограничена. В том же отчете для какой-то неизвестной цели даются ежедневные сведения о количестве состоявших больных, что является нарушением общепринятого отличия учета от отчетности, которая содержит лишь обобщенные учетные данные. Можно предполагать, что указанные сведения внесены с целью обеспечить контроль за правильным подсчетом числа проведенных койко-дней и заключение об использовании коечного фонда. Но и в таком случае эти сведения не достигают цели, ибо для такого контроля необходимо

также иметь и правильно подсчитанные данные о количестве возможных койко-дней. И те, и другие данные необходимы, но в обобщенном виде, а их ежедневное числовое выражение должно регистрироваться в форме дневников, значение которых, кстати сказать, как по данному вопросу, так и по ряду других явно недооценено.

Годовой отчет лечебного учреждения содержит крайне скудные материалы для суждения о сложной и разнообразной картине жизни и работы госпиталей, особенно крупных специализированных учреждений.

Не имея возможности подробно разобрать все вопросы программы годового отчета, укажем лишь на необходимость отчетных сведений в разрезе важнейших отделений госпиталя с приведением специальной номенклатуры болезней и указанием исходов и длительности лечения, на ценность сведений о сравнении клинических и патологоанатомических диагнозов, на необходимость специальных отчетных данных для анализа хирургической работы и т. д.

Практика статистической работы гражданского здравоохранения уже давно показала необходимость подробных медицинских отчетов крупных больниц. Имеются хорошо разработанные формы таких отчетов и инструкций к ним. Пора поставить такой же вопрос и для крупных военных госпиталей.

Содержание учетных документов, их взаимная связь также вызывают много замечаний и пожеланий. Рамки статьи позволяют привести лишь некоторые из них.

Возникает прежде всего сомнение в целесообразности ведения амбулаторной книги при наличии записей в санитарных книжках и амбулаторных картах. Пользование такой книгой для ежедневных выборок и для последующего составления месячного отчета технически неудобно. Гораздо проще было бы вместо книги вести записи типа дневников с той же группировкой болезней, которую имеет месячный отчет. Такие дневники при меньшей технической загрузке персонала дают бо́льшие удобства подсчета и анализа суточных и месячных данных.

Некоторые специальные разделы учета требуют дополнительной разработки, например, учет зубоврачебной работы нуждается в единообразном установлении понятия «первичной», в дополнении учетных данных сведениями о протезировании по видам и материалам протезов и т. д. Учет физиотерапевтической и физкультурной работы нуждается в уточнении методики учета числа лиц для правильного их сопоставления с мероприятиями и процедурами.

К этим замечаниям и упомянутым выше общей недооценке в учете роли дневников и отсутствию документации профилактических осмотров и санитарных мероприятий можно добавить недостаточность сигнализационно-оперативного учета в виде специальных извещений: о заразном заболевании, о цынге, об алиментарной дистрофии, о венерическом больном и т. д., которых требует практика работы. Внеочередные донесения, имея свои задачи, не обеспечивают учетно-статистических потребностей.

Опыт учетно-статистической работы показал также, что «наставление» должно содержать подробные инструкции в целях единообразного понимания отдельных учетных единиц, рационального и правильного ведения учета и отчетности в учреждениях различного типа, а также в целях установления методики анализа отчетных данных и общепринятой системы статистических показателей.

Изложенные замечания отнюдь не исчерпывают всего опыта учетно-статистической работы.

Назрела необходимость пересмотра медицинского учета и отчетности в направлении установления круга изучаемых вопросов, разработки четкой и ясной документации и методики.

1. УПРОЩЕННАЯ МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЫШЬЯКА И СОЛЕЙ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ В ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТАХ ДАВНЕГО ЗАРАЖЕНИЯ

Известно, что в некоторых случаях соли мышьяка и тяжелых металлов прямым определением в экстракте продукта по Зангер-Блэку и Маршу не открываются (например, в мясе давнего заражения). В таких случаях приходится прибегать к минерализации вещества. Ввиду длительности и сложности этого метода пользование им в условиях СЭО и СЭЛ крайне ограничено; средствами ДСН он вообще невыполним.

Нами разработана ускоренная методика определения мышьяка и тяжелых металлов в подобном материале, основанная на разрушении белковых молекул путем кислотного гидролиза белков, что в отношении освобождения мышьяка и солей тяжелых металлов дает результаты, аналогичные полной минерализации.

Методика определения. Измельченную (ножницами или в ступке) навеску материала (2—4 г) помещают в колбу на 200—250 см³, заливают 20—30 см³ 25% серной кислоты и кипятят 30 минут, доливая по мере испарения 25% серной кислотой. Затем делят жидкость на две части:

1) бо́льшую часть гидролизата переносят в колбу прибора Зангер-Блэка и определяют присутствие мышьяка;

2) остальную часть гидролизата (3—4 см³) переносят в пробирку, добавляют щепотку активированного угля, взбалтывают и фильтруют через бумажный фильтр во вторую пробирку. Прозрачный фильтрат испытывают на присутствие солей тяжелых металлов реактивом ГБКЛ.

Метод предлагается для внесения в инструкцию ДСН взамен метода минерализации по Кьельдалю.

2. УПРОЩЕННАЯ МЕТОДИКА ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОЛЕЙ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ В ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТАХ И ФУРАЖЕ

Существующие методы определения солей тяжелых металлов в пищевых продуктах предусматривают обязательную предварительную минерализацию материала. Вследствие сложности этой обработки инструкцией ДСН вообще не предусмотрено определение солей тяжелых металлов в продуктах. Между тем возможность заражения пищевых продуктов солями тяжелых металлов (наряду с алкалоидами и мышьяком) весьма вероятна.

Нами разработана упрощенная методика определения присутствия солей тяжелых металлов в пищевых продуктах и фураже, успешно применявшаяся на практике и легко выполнимая средствами ДСН.

Принцип методики состоит в экстрагировании материала 10% соляной кислотой, в которой растворяются все ядовитые соли тяжелых металлов.

Методика определения. 10—15 г продукта помещают в колбу, заливают 15—20 мл 10% HCl и экстрагируют при помешивании в течение 5—10 минут, затем фильтруют (если фильтрат мутный, пропу-

скают несколько раз через тот же самый фильтр) и к прозрачному фильтрату прибавляют щепотку реактива ГБКЛ; коричневая или черная окраска указывает на присутствие солей тяжелых металлов. Некоторые объекты (пшеничная мука, готовые мучные блюда) для ускорения фильтрования смешивают перед экстракцией с равным количеством волокнистого асбеста или ржаной муки.

Указанная методика, выполнимая средствами ДСН без доукомплектования, предлагается как дополнение к инструкции ДСН.

Майор мед. службы канд. биологических наук Е. Я. Рашба

К ВОПРОСУ ОБ ОБСЛЕДОВАНИИ ПИЩЕВИКОВ НА ДИЗЕНТЕРИЙНОЕ И ТИФОЗНО-ПАРАТИФОЗНОЕ БАЦИЛЛОНОСИТЕЛЬСТВО

Источником распространения дизентерии являются больные хронической дизентерией и дизентерийные бациллоносители. Наибольшее значение имеют бациллоносители, которые соприкасаются с пищевыми продуктами.

В 1933 г. в Ленинграде было предпринято большое плановое обследование 40 000 пищевиков, в результате чего было выявлено 107 бациллоносителей (брюшнотифозных и главным образом паратифозных) (В. Смородинцев).

Приводимые ниже материалы получены при обследовании войсковых частей и подразделений N-ской армии. Работа производилась с помощью подвижных бактериологических лабораторий СЭО. Поочередно обследовались передовые и тыловые части и учреждения армии. Цикл обследования укладывался в 2—2½ месяца; обследования повторялись ежегодно, по два раза в год.

Методика лабораторной работы и способ сбора материала для исследования были обычными. Для сохранения материала при транспортировке его в лабораторию почти всегда пользовались консервантом, не влиявшим на результат анализа. Посев кала производился всегда на среду Эндо (обычно в две чашки Петри).

Для изготовления среды Эндо при посеве кала на дизентерию мы разводили сухую среду Эндо так, что содержание фуксина, сернистокислого натрия и лактозы составляло только ⅓ обычного содержания этих ингредиентов в среде Эндо. Такая среда дает лучший результат при выращивании дизентерийной палочки.

Для получения достаточно плотной поверхности среды для засева мы растворяли порошок сухой среды Эндо в ⅓ количества воды, указанного на этикетке, а ⅔ недостающей воды заменяли обычным расплавленным агаром. При выливании в чашки Петри получалась совершенно прозрачная, бесцветная среда Эндо, дававшая хороший контрастный рост микробов кишечной группы.

Результаты исследования на бациллоносительство представлены в таблице.

Время исследования	1941 г.	1942 г.	1943 г.	Всего за 3 года
Количество обследованных пищевиков	1 727	4 242	5 108	11 077
Количество выявленных бациллоносителей . . .	1	12	8	21
Количество выявленных бациллоносителей в %	0,5	2,8	175	1,8

Наименьшее количество положительных находок было в 1941 г. — 0,5%. Основной контингент для обслуживания пищеблоков армии был тогда набран из пищевой сети Ленинграда; он имел многолетний стаж работы в общественных столовых и ресторанах и проходил до вступления в армию неоднократную проверку. Наибольшее количество бациллоносителей в 1942 г. объясняется притоком новых лиц на пищевые блоки и общей ситуацией того времени, когда наблюдалось увеличение заболеваний дизентерией среди гражданского населения и в войсковых частях. В 1943 г. количество бациллоносителей снизилось, половина их относится к вольнонаемному составу.

У 20 бациллоносителей выделена дизентерийная палочка Флекснера, у 1 — палочка Шмитц-Штуцера и у 2 — паратифозная палочка В.

Желательно производить систематическое плановое обследование вольнонаемных на бациллоносительство раз в три месяца, а не раз в полгода, так как они имеют обычно значительный контакт с гражданским населением.

Майор мед. службы Э. И. Клец

К МЕТОДИКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Лечебная физкультура имеет своей основной целью наиболее полное восстановление функций как самого пострадавшего органа, так и всего организма в целом.

Наряду с восстановлением функции пострадавших органов необходимо обратить сугубое внимание на сохранение профессиональных навыков в отношении двигательного аппарата, вырабатываемых в процессе обучения той или иной профессии. Военное дело есть своеобразное профессиональное производство со своими специфическими приемами, упражнениями, навыками.

Ввиду этого я предложил вместе с аппаратурой и приемами, применяемыми обычно в ЛФК, использовать с лечебной целью в качестве пособия винтовку или автомат.

Начинать надо с самых простых приемов, учитывая силы больного и состояние пораженного органа, например, удерживая винтовку здоровой рукой, производить небольшие движения больной рукой; при левой больной кисти, держа винтовку правой рукой, пытаться вкладывать концы согнутых II—V пальцев по одному в правую выемку, а большой палец осторожно плашмя вкладывать в левую выемку. При правой больной кисти производить такие же движения, а в дальнейшем пытаться положить первый межфаланговый сустав II пальца на спусковой крючок, нажимая на него; затем складывать концы I, II и III пальцев щепоткой и пытаться охватить ими головку курка, потянуть ее назад, повернуть курок влево и т. д., при надобности многократно повторяя упражнение и постепенно переходя к следующему более сложному приему.

Упражнения с винтовкой вызывали большой интерес у больных, приводя иногда к чрезмерному стремлению к соревнованию, так что требовалось вмешательство методиста, не допускающего преждевременных сильных приемов и упражнений, которые могли отрицательно отразиться на еще не достаточно окрепших после ранения органах.

Ясно вырисовывалась выработка заместительных движений, когда при слабости или отсутствии одного пальца приспособлялся соседний палец и т. д.

У многих раненых после лечения упражнениями с винтовкой появилась уверенность в своих силах.

В дальнейшем к лечению приемами стрельбы из винтовки мы прибавили упражнения по метанию гранат. Для этой цели, по моему предложению к ручной гранате по удалении взрывателя были приделаны пружинка и кольцо, что дало возможность упражняться в выдергивании кольца, прижатии правой кистью пружинки к телу гранаты, удержании последней в течение известного времени и в бросании гранаты, т. е. в совершении действия, вполне тождественного с метанием гранаты в боевой обстановке.

Мной зарегистрировано свыше 50 случаев, в которых с положительным эффектом было применено лечебное обучение обращению с винтовкой.

Войсковые врачи, имея целевой установкой возвращение бойца в часть, должны восстанавливать у него навыки обращения с привычным оружием.

Существующая аппаратура и методика ЛФК недостаточны для возобновления этих навыков и приемов, легко ослабляющихся и теряющихся в период лечения, поэтому, наряду с остальными способами и приборами ЛФК, должно применяться и военное оружие (винтовка, граната и др.).

Специалисты ЛФК должны выработать соответствующую методику, показания и противопоказания для применения этого добавочного пособия ЛФК.

Майор мед. службы канд. мед. наук М. Х. Елин

О ЗАГОТОВКЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ НИТЕЙ ИЗ КОНСКОГО ВОЛОСА

Не всегда возможно своевременно получить хирургическую шелковую нить для производства пластических операций или так называемых операций «со съемным швом».

Ввиду возможности применения для хирургических швов нитей из конского волоса, мы провели исследования физических свойств конского волоса и их изменений в связи со стерилизацией и предварительной обработкой. Изучению подвергались изменения крепости и эластичности волоса при различных способах стерилизации.

Хвостовой конский волос давно известен как отличный материал при производстве челюстно-лицевых операций, превосходящий шелковую хирургическую нить. Нить из конского волоса не дает фитиля, не абсорбирует выделений раны, легко удаляется из шва, не раздражая раны.

У нас хирургическая нить из конского волоса не производится в промышленном масштабе, и хирурги сами заготовляют для себя такой материал. Военно-медицинская академия им. Кирова издала инструкцию по обработке и стерилизации конского волоса, но указанный в ней способ стерилизации пятикратным кипячением в дестиллированной воде в течение 5 дней с последующим хранением в сухом виде не гарантирует безусловной стерильности нити.

Мы изучили также некоторые другие способы стерилизации и влияние их на физические свойства волоса.

Оказалось, что волос мерина и кобылы одинаково прочен, а волос жеребца слабее на 26%.

Для хирургических целей наиболее пригоден волос диаметром 0,2—0,4 мм с прочностью на разрыв от 700 до 1 000 г. Длина нитей 200—400 мм. Этот волос даже при потере 10—15% прочности при стерилизации будет не слабее шелковой хирургической нити номера 000, которая по стандарту должна иметь прочность не ниже 367 г.

Хорошие результаты дал способ стерилизации, предложенный бактериологом Р. Г. Матрозовой, в воде, содержащей 0,1—0,3% серной

кислоты. При 1—2-кратном кипячении волоса в подкисленной воде при 100° достигалась полная стерильность. Крепость волоса даже при 4—5-кратной стерилизации в подкисленной воде снижалась не более чем на 8—10%. При стерилизации волоса в автоклаве при температуре 120° крепость волоса снижалась на 30—40%, степень обеспложивания достигалась полная.

Хорошие результаты получены также при стерилизации волоса жидкостью Люголя следующего состава: 70% спирта ректификованного 200 весовых частей, иодистого калия 5 частей, 10% настойки иода 8 частей, глицерина 5 частей. Хорошая стерильность нити получается уже при 1—2-дневной выдержке, а при 8-суточной выдержке в этой жидкости предварительно промытого и обезжиренного волоса достигается полное обеспложивание; прочность нити уменьшается на 5—10%, эластичность не изменяется. В этой жидкости свернутый в кольцо пучок нитей может сохраняться долгое время.

Прочность и эластичность волоса уменьшаются главным образом в зависимости от условий и продолжительности хранения. Если сухой стерильный волос хранится в теплом сухом месте, то происходит пересыхание роговой оболочки волоса, прочность его заметно снижается уже в течение первой недели. При хранении же волоса в жидкости Люголя или в сухом виде, но в герметически закрытом стеклянном сосуде, прочность и эластичность мало нарушаются. Если долгое время хранившийся сухой волос выдержать 1—2 суток в жидкости Люголя, крепость и эластичность восстанавливаются, хотя и не полностью.

При массовой заготовке волоса возможна такая упаковка: пучки по 20—30 нитей, связанные в кольца диаметром 50—60 мм, укладывают в пакеты размером 100 × 100 мм из пергамента; пакеты кладут в коробку по 100—150 штук; закрытую крышкой коробку плотно обертывают вощаной, парафинированной или промасленной бумагой и промазывают края горячим парафином. Пакеты и коробки предварительно стерилизуются в автоклаве при 120°. Хранящиеся в таком виде при температуре не выше 15° и влажности 80—90% нити хорошо выдерживают 2—3-месячное хранение и транспортировку без ощутимых потерь качества.

Заготовку хирургической нити из волоса, даже без стерилизации, в виде полуфабриката могут производить хозяйственные организации медико-санитарных частей и служб Красной Армии и Военно-Морского Флота.

Проф. доктор технических наук Д. Христодуло

СТЕРИЛИЗАТОР ДЛЯ ПЕРЕВЯЗОЧНОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ ВОЙСКОВЫХ ЧАСТЕЙ

Мной сконструирован стерилизатор для перевязочного материала, пригодный в любой обстановке, изготовляемый без большой затраты труда, не требующий особых сложных устройств и дающий безусловно стерильный материал в сухом гигроскопическом состоянии.

Основой аппарата служит обычный стерилизатор для хирургических инструментов. Дополнительно изготовляются из жести или тонкого оцинкованного железа: 1) крышка для сетки, в которую обычно помещаются стерилизуемые инструменты, 2) прокладка, отделяющая стерилизуемый материал от крышки стерилизатора.

1. Крышка для сетки состоит из жестяной рамки, плотно вставляемой в корпус стерилизатора поверх вложенной в него перевернутой вверх дном сетки. Внутри рамки, по середине ее высоты, впаяна сплошная жестяная пластинка, в одном из концов которой пробит ряд мелких отверстий. Этот конец с отверстиями приподнят в виде козырька и

припаян своими краями к верхнему краю рамки. На противоположном конце рамки в верхней ее половине делают два отверстия для выхода пара, соответственно которым делают также по два отверстия в корпусе стерилизатора и в его крышке так, чтобы отверстия крышки, корпуса и крышки сетки взаимно совпадали. Крышка сетки служит для отделения стерилизуемого перевязочного материала от кипящей воды.

2. Металлическая прокладка представляет собой пластинку, несколько меньшую горизонтального сечения стерилизатора, и служит для предупреждения конденсации пара при соприкосновении его с крышкой стерилизатора и увлажнения стерилизуемого материала.

Пользование стерилизатором. В корпус стерилизатора вставляют вверх дном сетку для инструментов; наливают воду почти до уровня отверстий сетки; поверх сетки надевают крышку, закрывающую все отверстия сетки; поверх крышки укладывают стерилизуемый перевязочный материал; поверх материала помещают металлическую прокладку, закрывают стерилизатор крышкой и ставят его на плиту, керосиновую печь или горящий примус. Кипение воды в стерилизаторе поддерживают в течение часа; за это время налитая в стерилизатор вода испаряется не полностью — следует избегать бурного кипениия воды и поддерживать небольшой огонь.

Майор мед. службы И. В. Филатов

★

В УЧЕНОМ МЕДИЦИНСКОМ СОВЕТЕ ПРИ НАЧАЛЬНИКЕ ГВСУ КРАСНОЙ АРМИИ

25—29 сентября 1945 г. состоялся пленум хирургической секции Ученого медицинского совета при начальнике Главного военно-санитарного управления Красной Армии.

Председатель секции, заместитель главного хирурга Красной Армии, действительный член Академии медицинских наук СССР генерал-лейтенант мед. службы проф. С. С. Гирголав, открывая пленум, призвал делегатов к широкому обобщению опыта военно-полевой хирургии в период Великой отечественной войны.

С большим докладом об итогах хирургической работы за время Великой отечественной войны выступил начальник Главного военно-санитарного управления Красной Армии генерал-полковник мед. службы Е. И. Смирнов. В докладе дана подробная характеристика условий работы военных хирургов в современной войне.

В Великой отечественной войне участвовали миллионные массы людей. Войска несли значительные потери ранеными, тяжесть поражения которых усугублялась вследствие насыщенности полей сражения огнезыми средствами. Широкое использование в современной войне автоматического оружия, минометов, артиллерии, самоходов, танков и авиации исключает какое-либо сравнение с первой мировой или другими войнами прошлого. Несравнимы и опустошения, производившиеся в ходе этой войны. В результате этих опустошений лечебно-эвакуационная система лишалась необходимого жилого фонда. Эти и многие другие отрицательные факторы нередко создавали военно-полевым хирургам исключительно тяжелые условия работы.

Характеризуя первый период Отечественной войны советского народа с немецко-фашистскими захватчиками, когда армии прикрытия вели маневренно-оборонительные бои, и второй период, когда ударные армии перешли к маневренно-наступательным операциям, Е. И. Смирнов показал необходимость постоянного и своеобразного маневрирования лечебно-эвакуационными средствами. Только при условии постоянной оценки боевой обстановки, осуществления принципов единой военно-полевой медицинской доктрины, этапного лечения с эвакуацией по назначению военно-медицинская служба смогла успешно обеспечить боевые действия Красной Армии. Несмотря на крайне тяжелые условия, военно-медицинская служба в результате упорной и преданной работы своего личного состава добилась поистине величественных итогов в лечении раненых и больных: возвращено в строй более 70% раненых, в том числе и раненных в череп с повреждением костей, а также в грудную клетку и живот.

Анализируя недостатки работы военных хирургов в Отечественной войне, Е. И. Смирнов указал на случаи отсутствия учета боевой обстановки при хирургических вмешательствах на этапах санитарной эвакуации, отсутствия должного внимания к вопросам лечебной документации, имеющей важное значение для правильного и преемственного лечения, указал на недооценку некоторыми хирургами значения активного закрытия ран вторичным швом, на недооценку профилактики плевро-пульмонального шока, а также на отдельные недостатки в лечении повреждений суставов и трубчатых костей.

Своевременный вынос раненых непосредственно с поля боя является очень важной задачей военно-медицинской службы армии любой страны. Над этим важнейшим вопросом надо будет работать и впредь.

Следует добиваться еще большего снижения процента ампутаций по поводу газовой гангрены.

Уроки закончившейся «травматической эпидемии» велики и многообразны. Военным хирургам нужно глубоко изучать эти уроки войны.

С докладом о теории и практике лечения огнестрельных ранений по опыту Великой отечественной войны выступил заместитель главного хирурга Красной Армии генерал-лейтенант мед. службы С. С. Гирголав. Докладчик, проанализировав общие теоретические положения, что огнестрельная рана является патологическим состоянием организма в результате воздействия на него военной травмы, изложил принципиальные взгляды на хирургическое лечение ранений. Опыт войны показывает, что развитие инфекционных осложнений в ранах зависит не столько от наличия в них микробов, сколько от общего состояния раненого.

Указывая на значение медикаментозного и сывороточного лечения огнестрельных ран, докладчик охарактеризовал избирательные свойства воздействия на микрофлору отдельных средств и препаратов и целесообразность применения каждого из этих средств при том или ином течении раневого процесса и состоянии раненого.

Особое внимание в докладе было уделено вопросам иммобилизации, а также вопросам асептики в полевых перевязочных и операционных.

Генерал-майор мед. службы проф. В. И. Попов выступил с докладом на тему «Шок и его лечение». Лечение шока — одна из основных проблем военно-полевой хирургии. Докладчик указал, что из всех существующих теорий сущности шока общепризнанной надо считать нейрогенную, определяющую травматический шок как следствие болевых раздражений и возникших в ответ на них рефлексов. На войне наблюдается шок, возникающий чаще всего при отягощающих и предрасполагающих факторах (кровопотеря, утомление, охлаждение, гиповитаминоз и др.). Профилактика шока в основном заключается в предупреждении или прекращении болевых раздражений и устранении отягощающих его факторов. В период Отечественной войны для борьбы с шоком широко применялись кровозамещающие растворы Попова, Петрова, Сельцовского и др. Опыт последних крупных боевых операций Красной Армии показал, что смертность от шока значительно снизилась. Противошоковые бригады, работавшие на передовых этапах санитарной эвакуации, добились хороших результатов.

Заседание пленума хирургической секции, посвященное вопросам огнестрельных ранений черепа, открылось докладом генерал-майора мед. службы проф. С. И. Банайтиса «Оказание помощи и лечение при черепных и спинальных ранениях по данным фронта».

Большой материал, приведенный в докладе, убедительно показал, что в период Отечественной войны была создана оправдавшая себя стройная система лечения и эвакуации раненных в череп и позвоночник. «Дискутабельный вопрос, — заявил Банайтис, — о месте производства операций на черепе был успешно разрешен в Красной Армии созданной системой этапного лечения с эвакуацией по назначению. Помимо витальных показаний, все операции на черепе проводились в специализированных госпиталях».

О проникающих огнестрельных ранениях черепа по материалам госпиталей Ленинграда доложил подполковник мед. службы проф. И. С. Бабчин. Он указал, что военно-полевая нейрохирургия достигла значительного прогресса: возврат в строй черепно-мозговых раненых был довольно значителен. В докладе приведены цифровые данные исходов лечения этих групп раненых и дана характеристика хирургического их лечения на этапах санитарной эвакуации.

С докладом «Повреждения ЛОРорганов при ранениях головы» выступил главный ото-ларинголог Красной Армии генерал-майор мед. службы проф. Г. Г. Куликовский. Необходимость оказания специальной помощи раненным в ЛОРорганы военно-медицинская служба Красной Армии своевременно учла. Это нашло свое выражение при построении штатно-организационной структуры военных лечебных учреждений и дало положительный результат в период Великой отечественной войны.

Проф. Л. О. Смирнов познакомил участников пленума секции с ценным материалом о патологической анатомии огнестрельных ранений мозга.

По вопросам огнестрельных ранений черепа в прениях выступили генерал-лейтенант мед. службы проф. В. И. Воячек, подполковник мед. службы проф. Д. Т. Шефер, подполковник мед. службы проф. П. Д. Ильченко, подполковник мед. службы И. В. Тихомиров, майор мед. службы Ф. К. Кессель, капитан мед. службы М. А. Салазкин и др. Выступавшие в прениях поделились опытом своей работы в лечении черепно-мозговых ранений.

Обсуждение вопросов огнестрельных ранений грудной клетки открылось докладом «Первая помощь при огнестрельных ранениях груди в войсковом, армейском и фронтовом районах» генерал-лейтенанта мед. службы проф. М. Н. Ахутина. Докладчик показал, что ранения грудной клетки по тяжести стоят на втором месте после ранений черепа. По данным статистики, $^1/_3$ всех умерших на поле боя относится к раненным в грудь. За годы войны мы научились оперировать на грудной клетке, но еще не овладели в совершенстве ранними операциями на легких. Отказавшись от многих принципов хирургии, казавшихся ранее незыблемыми, мы успешно лечили огнестрельные ранения грудной клетки.

По словам проф. А. В. Вишневского, от доклада М. Н. Ахутина «веяло порохом и хирургической грамотой, умением и инструкцией».

Доклад «Лечение огнестрельных ранений груди в войсковом и армейском районах» сделал подполковник мед. службы М. И. Коломийченко и доклад «Огнестрельные ранения груди по материалам специализированного госпиталя» — полковник мед. службы И. С. Колесников.

Подполковник мед. службы А. Н. Беркутов в докладе «Огнестрельные ранения груди, по материалам госпиталей фронта» констатировал, что ранние плевральные пункции, производимые на передовых этапах санитарной эвакуации, позволили снизить количество осложнений и что при осложненных инфекцией ранениях плевральной полости лучше всего применять метод активной аспирации гноя и воздуха из плевральной полости.

О лечении ранений грудной полости, по материалам специализированного госпиталя, сообщил пленуму заместитель главного хирурга Красной Армии генерал-майор мед. службы проф. В. С. Левит. Патологическую анатомию ранений груди охарактеризовал начальник центральной патологоанатомической лаборатории Красной Армии подполковник мед. службы Н. А. Краевский.

В прениях выступили генерал-майор мед. службы проф. А. В. Шацкий, подполковник мед. службы проф. Н. И. Гарбер, подполковник мед. службы проф. А. Н. Чистович, проф. А. В. Вишневский, майор мед. службы А. Б. Хейфец, майор мед. службы П. С. Садковский, майор мед. службы В. В. Дмитриев, майор мед. службы В. М. Святухин и др.

Наибольшее число докладов на пленуме секции было посвящено вопросам огнестрельных ранений бедра.

В докладе «Огнестрельные ранения бедра» заместитель главного хирурга Красной Армии генерал-майор мед. службы проф. В. С. Левит остановился на значении при лечении ранений бедра глухих гипсовых повязок, примененных впервые Н. И. Пироговым.

Во время Отечественной войны иностранные хирурги позаимствовали у нас этот способ лечения и довольно широко его применили. Однако при огнестрельных переломах бедра не следует пренебрегать и скелетным вытяжением.

Пулевые ранения бедра встречаются в три раза чаще, чем осколочные. Это имеет важное значение, так как пулевые переломы можно лечить как закрытые. Особое внимание докладчик уделил транспортной иммобилизации при ранениях бедра и оценке качества транспортных шин различных систем.

Полковник мед. службы действительный член Академии медицинских наук СССР проф. С. С. Юдин дал анализ результатов применения предложенных им и широко известных хирургам методов лечения огнестрельных ранений бедра.

«Первой помощи и лечению огнестрельных ранений бедра в войсковом, армейском и фронтовом районах» было посвящено выступление генерал-майора мед. службы проф. С. И. Банайтиса. На большом материале была показана важность ускорения сроков хирургической обработки огнестрельных ранений бедра и эвакуации этих раненых в специализированные госпитали. Докладчик считает, что при первичном вмешательстве не следует применять расширенной обработки костной раны и увлекаться глухими гипсовыми повязками. К применению кровоостанавливающих жгутов надо относиться серьезно и накладывать их лишь в строго показанных случаях. В оказании помощи раненным в бедро большую роль сыграли батальонные медицинские пункты.

С докладами, основанными на опыте работы лечебных учреждений Красной Армии, выступили полковник мед. службы М. И. Куслик — «Огнестрельные ранения бедра по материалам специализированных госпиталей», подполковник мед. службы С. О. Португалов — «К клинике огнестрельных переломов бедра» и подполковник мед. службы С. А. Русанов — «Лечение огнестрельных ранений бедра по опыту работы эвакогоспиталей РЭП».

Вопросам патологической анатомии огнестрельных ранений бедра были посвящены выступления полковника мед. службы проф. А. Н. Чистовича, подполковника мед. службы А. П. Авцына, майора мед. службы А. В. Смольяникова.

Проф. А. Н. Чистович отметил, что его исследования подтверждают прекращение размножения анаэробов при засыпке ран сульфидином. Менее эффективен в этом отношении белый стрептоцид.

Подполковник мед. службы А. П. Авцын указал на необходимость различать понятия «некроз кости» и «костный секвестр». Некротизирующаяся кость еще может служить пластическим материалом, секвестр же — только инородное тело. Раневая инфекция — основная причина огнестрельного остеомиэлита и раневого сепсиса. Это подтверждается сопоставлением огнестрельных остеомиэлитов с гематогенными.

По мнению майора мед. службы А. В. Смольяникова, при травме кости в результате контузионного действия ранящего снаряда происходит кровоизлияние в костное мозговое вещество и некроз концов перелома и части осколков. Микроорганизмы, проникающие сюда в момент ранения, при благоприятных условиях начинают размножаться в ране через 2—3 суток после ранения.

В прениях по вопросам огнестрельных ранений бедра выступили генерал-лейтенант мед. службы М. Н. Ахутин, генерал-лейтенант мед. службы В. Н. Шевкуненко, полковник мед. службы проф. В. В. Гориневская, полковник мед. службы проф. Д. Г. Рохлин, полковник мед. службы Г. М. Гуревич, генерал-майор мед. службы С. И. Банайтис, генерал-майор мед. службы В. С. Левит, полковник мед. службы проф. И. С. Жоров, полковник мед. службы В. Л. Бялик, полковник мед. службы П. П. Кондратьев, подполковник мед. службы М. С. Сресели, майор мед. службы И. И. Савченко и др.

Об опыте лечения огнестрельных ранений голени в госпиталях фронта во время Великой отечественной войны рассказал в своем докладе полковник мед. службы проф. И. С. Жоров.

Заключительной темой работ пленума хирургической секции были огнестрельные ранения суставов.

По вопросам лечения суставов пленум заслушал четыре доклада, основанные на большом материале: полковника мед. службы проф. Е. А. Бока, подполковника мед. службы проф. В. Г. Вайнштейна, подполковника мед. службы П. Н. Напалкова и полковника мед. службы проф. Ф. Р. Богданова.

Профессор Е. А. Бок указал, что правильное лечение ранений суставов дает значительный процент возврата в строй этой категории раненых. Наиболее тяжело протекают ранения тазобедренного и коленного суставов. Основная цель лечения — не просто сохранение конечности, а восстановление ее функций. В лечении первое место за-

нимает покой. Выполнение этого требования в условиях этапной эвакуации чрезвычайно важно. Методы лечения ранений суставов ко второй половине войны были усовершенствованы, и военно-полевые хирурги стали получать несравненно лучшие результаты.

В прениях по вопросам огнестрельных ранений суставов выступили генерал-майор мед. службы В. С. Левит, полковник мед. службы В. И. Михайлов, подполковник мед. службы С. А. Русанов и др.

По всем вопросам повестки дня пленум хирургической секции принял решения, подытоживающие результаты работы секции.

Заместитель главного хирурга Красной Армии генерал-лейтенант мед. службы С. С. Гирголав в заключении указал на важность и большую ценность заслушанных на пленуме докладов. Военная медицина сейчас находится в стадии дальнейшего ее теоретического развития, обогащаемого большим практическим опытом Великой отечественной войны. Изучение всего комплекса сложной патологии огнестрельных ранений всеми отраслями медицинской науки, сочетание теоретической и практической работы помогут дальнейшему развитию военно-полевой хирургии.

Закрывая пленум, начальник Главного военно-санитарного управления Красной Армии генерал-полковник мед. службы Е. И. Смирнов указал, что пленум положил лишь начало изучению опыта Великой отечественной войны. Работа военно-полевых хирургов, ее успехи и недостатки должны всегда оцениваться с учетом конкретной боевой обстановки, в которой эта работа велась. Отдельные недостатки в деятельности военно-полевых хирургов часто зависели не столько от степени хирургической квалификации врачей, сколько от оценки ими сложившейся боевой обстановки. Война помогла нашим военным врачам хорошо понять, что такое военно-полевая хирургия и каково значение для военной медицины организационных вопросов.

Тов. Смирнов поставил перед участниками пленума ряд задач по обобщению опыта лечения и эвакуации раненых и больных во время минувшей войны, а также по организации лечебно-профилактической работы в войсках Красной Армии на послевоенный период.

Труды пленума будут изданы отдельной книгой.

Полковник мед. службы И. Д. Макаров

★

И. М. ГЕЙЗЕР

МАТВЕЙ ЯКОВЛЕВИЧ МУДРОВ

Матвей Яковлевич Мудров родился 23 марта 1772 г. в Вологде в семье священника. Первоначальное образование получил в Вологодском народном училище и в духовной семинарии.

Юношей отправился он в Москву, где при содействии профессора кафедры анатомии Ф. Ф. Керестури был принят вначале в университетскую гимназию, а в 1796 г. переведен на медицинский факультет Московского университета.

В 1801 г. для совершенствования в науках Мудров в звании кандидата хирургии был направлен на казенный счет за границу. В связи со смертью императора Павла он задержался в Петербурге, где работал ординатором в морском госпитале до своего отъезда в 1802 г. в Берлин. В Берлине Мудров работал у Гуфеланда, в Геттингене — у Августа Готлиба Рихтера, в Вене изучал болезни глаз у профессора Бейера. В Париже Мудров прожил 4 года, слушал там лекции Порталя, Пинеля, Бойе и других.

Матвей Яковлевич Мудров

В 1804 г. Мудров прислал в Совет Московского университета диссертацию на латинском языке «De spontanea placentae solitione», за которую был удостоен ученого звания доктора медицины, а в 1805 г. экстраординарного профессора.

Возвратясь на родину, Мудров в 1807 г. работал в главном военном госпитале действующей армии в Вильне, где заведывал отделением на 1 200 коек. В госпитале он лечил дизентерийных больных по выработанному им методу. Свой обобщенный опыт и наблюдения он изложил в книге, изданной в Вене в 1808 г. на французском языке.

Мудров был первым русским профессором, преподававшим в России военно-санитарные дисциплины. На торжественном собрании Московского университета, 30 июня 1809 г., он произнес «Слово о пользе и предметах военной гигиены, или науки сохранять здоровье военнослужащих».

«Науку о гигиене и болезнях обыкновенных в действующих войсках» Мудров преподавал в Московском университете с 1808 по 1831 г.

Он делил военную гигиену на общую и частную. В общей гигиене трактовались вопросы питания, питья, воздуха, движения, покоя, душевных движений. В частной гигиене рассматривались мероприятия, связанные с подготовкой войск в довоенное время, во время войны, а также долечивание раненых.

Мудров понимал значение медицинской профилактики. Он указывает, что полковым лекарям и дивизионным врачам следует «не только лечить, сколько предупреждать болезни, а наиболее учить солдат беречь свое здоровье»... «Взять в свои руки людей здоровых, предохранить их от болезненных последствий, или угрожающих, предписывать им надлежащий образ жизни, есть честно и для врача спокойно, ибо легче предохранить от болезней, нежели лечить их».

Мудров был одним из первых русских врачей, написавших руководство по военно-полевой хирургии.

Его взгляды на деятельность врача-клинициста изложены в «Слове о способе учить и учиться медицине практической, или деятельному врачебному искусству при постелях больных». Речь эта была произнесена в 1820 г. на торжественном открытии клинического и медицинского институтов.

«Поверьте же, — сказал Мудров, — что врачевание не состоит ни в лечении болезни, ни в лечении причин. Я вам скажу кратко и ясно: врачевание состоит в лечении самого больного. Вот вам вся тайна моего искусства, каково оно ни есть! Вот весь плод 25-летних трудов моих при постелях больных. Вот вам вся цель клинического института».

Таким образом еще 125 лет назад Мудров учил, что в центре внимания врача должны быть не только болезнь или причина, вызвавшая ее, но больной человек в целом; только так можно правильно диагносцировать болезнь, правильно лечить ее.

Мудров был видным деятелем Московского университета. Накануне вступления Наполеона в Москву он, будучи деканом медицинского факультета, выехал вместе с ректором Московского университета в Нижний-Новгород, куда вывезли архив, библиотеку и ценные материалы музея.

Мудрова пять раз избирали деканом медицинского факультета и в «этой должности на собственное иждивение торжественно открыл в 1819 г. при университете клинический институт на 50 коек». Мудров был первым директором этого института.

С 1813 по 1817 г. Мудров читал патологию, терапию и клинику в московском отделении Медико-хирургической академии.

Мудров был близок к передовым людям своего времени — просветителям Новикову и Шварцу, философу-публицисту Чаадаеву, декабристу Н. Тургеневу, жене декабриста А. Г. Муравьевой.

В 1830 г. центральная комиссия по борьбе с холерой направила Мудрова в Саратов. По приезде в Москву он в 1831 г. в качестве председателя комиссии по борьбе с холерой поехал в Петербург. В письме к Чаадаеву Мудров писал: «Мой друг и благодетель! Тяжело расставаться с Вами, Москвой, к которой привык, которую люблю. Жаль университет! Тяжко расставаться с Вами, а долг велит. Следуйте советам моим и берегите себя...».

Это было последним письмом Мудрова к Чаадаеву. По приезде в Петербург он заразился холерой и 8 июля 1831 г. скончался.

Доц. И. Я. БЫЧКОВ

ИНОСТРАННОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО О ВОЕННО-САНИТАРНЫХ КАДРАХ

О военно-санитарной организации в древности имеются отрывочные сведения.

У древних индусов в войсках были специалисты, мастерски извлекавшие концы засевших в теле стрел; это — далекие предшественники полевых хирургов.

В индусской священной книге Аюр-Веда (VIII век до нашей эры) упоминается о военных врачах. Одни из них обслуживали войско, а другие, главные врачи, находились при магарадже — предводителе войска, являясь его «лейб-медиками». Помимо лечения магараджи и его приближенных в случае болезни или ранения, они обязаны были предупреждать их отравление.

В индусских исторических памятниках упоминается о существовании при храмах специальных школ для подготовки войсковых врачей.

В античной Греции имелись врачи в армии и флоте для лечения в основном командиров. У врачей имелись помощники, самостоятельно пользовавшие простых воинов и их семьи.

В V веке до нашей эры в Греции были организованы для пополнения кадров военных врачей специальные школы: пифагорейская, кандосская, косская. Из последней вышел замечательный врач древности знаменитый Гиппократ (460—372 гг. до н. э.), многие из положений которого не лишены интереса и в настоящее время.

Рим унаследовал греческую культуру и греческое врачебное искусство как гражданское, так и военное.

В римских легионах и во флоте имелись специальные врачи для лечения раненых (medici vulnerarii) из расчета один врач на 250—300 воинов. В некоторых местах имелись еще гарнизонные врачи (medici caserensis). При Тиверии организована была сеть военных госпиталей (valetudinaria). Римские военные врачи были на положении войсковых сотенных командиров (centurio).

После разгрома Рима варварами надолго исчезла также античная военно-санитарная организация.

Упоминания о военных врачах проскальзывают у историков крестовых походов. В одном из таких походов в XIII веке принимал участие знаменитый врач того времени Гуго Боргоньоли. Оказывая помощь раненым воинам, он первый применил антисептические спиртовые повязки для обеспечения негнойного заживления ран.

В средние века в армиях большинства европейских королей и феодалов квалифицированная врачебная помощь воинам отсутствовала. Врач приставлялся только к особе предводителя войска; наряду с обязанностями лекаря-хирурга он выполнял функции цирульника. Зачастую это были лица, совершенно не сведущие в медицине.

Однако из среды подобных военных цирульников вышли знаменитые французские хирурги Амбруаз Паре (XVI век) и его последователь Пети. Первый ввел новый способ лечения огнестрельных ран, особые приемы ампутации и экзартикуляции. Второму хирургия обязана улучшением лечения переломов и вывихов, применением двустороннего кругового разреза при ампутациях.

Во Франции впервые упоминается о регулярной военно-санитарной службе в XV веке. В войсках герцога Бургундии Карла Смелого имелся один хирург (практик) на каждые 800 человек. Военных госпиталей и управленческого аппарата санитарной службы не было.

Первый военный госпиталь основан министром Сули в 1597 г. для армии короля Генриха IV, осаждавшей Амьен. С окончанием военных действий госпиталь был ликвидирован.

В 1629 г. во Франции была организована постоянная регулярная армия. С этого момента по существу начинается история военно-санитарной службы. Каждому полку был придан полковой хирург. Во время войны с Италией в 1630 г. организовано было несколько стационарных и подвижных военных лазаретов, которые остались и после войны.

До начала XVIII века медицинское обслуживание армии осуществлялось почти исключительно хирургами-практиками. Комплектование их производилось от случая к случаю командирами войсковых частей.

Указом короля Людовика XIV от 17 января 1708 г. в армии были установлены штатные должности не только хирургов, но и врачей, причем от тех и других требовались дипломы: от врачей — университетский, от хирургов — о сдаче испытаний при одном из крупных госпиталей после двухлетнего ученического стажа.

20 декабря 1718 г. Людовик XIV утвердил устав госпитальной службы в армии. Высшее руководство военно-санитарной службой возложено было на врача — советника короля.

В 1731 г. организована Военная хирургическая академия для подготовки дипломированных хирургов. С этого времени начинается борьба за главенство в армии между врачами и хирургами, продолжавшаяся с переменным успехом до 1852 г., когда отдельные звания «врач» и «хирург» были ликвидированы и в медицинской службе установлены единые офицерские звания. До того ни хирурги, ни врачи не имели офицерских званий; в 1796 г. они были приравнены к офицерам только по размерам содержания. В первые годы Великой французской революции вся военно-санитарная служба была подчинена общевойсковым комиссарам, а позже — интендантским управлениям; врачи и хирурги совместно боролись за самостоятельность военно-санитарной службы.

В 1852 г. был основан офицерский корпус медицинской службы, остававшийся, однако, в подчинении у интендантства.

Лишь во время третьей республики 16 марта 1882 г. был издан закон об освобождении военно-санитарной службы от интендантской опеки. В составе военного министерства создана дирекция медицинской службы, а в штабах военных округов — санитарные отделы с врачами во главе. Этим командным инстанциям были подчинены все медицинские работники военных госпиталей и войсковых частей.

Подобная структура военно-санитарной организации сохранилась до второй мировой войны.

Приравнение военных врачей к офицерам было декретировано в 1852 г., но полных офицерских прав врачи еще не имели. Не было ясности и в их военных рангах. Такое положение существовало еще в период первой мировой войны 1914—1918 гг.

В 1928 г. новым законом о военно-санитарной службе для военных врачей установлены офицерские и генеральские звания, присваиваемые в общем для военного ведомства порядке.

Военным врачам предоставлены права и привилегии военных командиров. Первое офицерское звание врача — лейтенант. Повышение в званиях до майора производится по выслуге лет, а выше — с персональным отбором. Кадры военных врачей комплектуются в основном выпускниками Лионской военно-медицинской школы.

Для получения звания майора обязательно годичное усовершенствование в специальном военно-медицинском учебном заведении: в Парижском институте усовершенствования военных врачей или в Военно-медицинской школе в Париже (Валь де Грас).

Представители высшего медицинского командования обучаются в военной академии вместе со строевыми офицерами.

Частная практика и служба вне армии военным врачам запрещаются, исключая занятия гражданских профессорских должностей.

Оклады военных врачей во Франции, более низкие, чем в Англии и США (см.), составляют в год 15 150 франков для лейтенанта, 34 700 франков для капитана и 70 000 франков для генерала

Упоминания о медицинских работниках в английской армии относятся к началу XIV века.

Врач приравнивался по положению к простому рыцарю, королевский врач — к адмиралу флота, а помощники врачей — к войсковому старшине (фельдфебелю).

При осаде английскими войсками Сен-Кентена в 1557 г. в каждой роте имелся хирург (вроде ротного фельдшера). В XVII веке имелись полковые хирурги в офицерском ранге. При Кромвеле в 1652 г. ротные хирурги были упразднены, а каждому полковому придан помощник без офицерского звания.

Основоположником военно-санитарной организации в английской армии считается Иоган Гунтер — хирург короля, назначенный в 1790 г. главным инспектором военных госпиталей и главным армейским хирургом. В 1796 г. он добился издания королевского указа об организации особого корпуса офицеров медицинской службы. Корпус возглавлял санитарный совет из врачей и хирургов, обладавший правами высшего командования и ведавший всеми назначениями. Присвоение офицерских званий военным врачам и хирургам и помощникам их производилось указом короля. С 1810 г. санитарный совет стал совещательным органом, а командные права были переданы генеральному директору военно-санитарной службы.

Указом от 17 мая 1811 г. в армии введено деление офицеров медицинской службы на собственно врачей и хирургов.

В начале XIX века должности офицеров медицинской службы, как и все прочие офицерские должности, продавались лицам с надлежащим дипломом. Должность полкового хирурга в мирное время оценивалась в 500 фунтов стерлингов. Доходы от продажи должностей шли в королевскую казну. Оклады врачей и хирургов в то время были довольно высокими. Полковой врач II класса или хирург получал от 350 до 500 фунтов стерлингов в год.

Законом от 14 октября 1840 г. упразднено деление на врачей и хирургов и установлены единые офицерские медицинские звания: помощник врача — лейтенант, полковой врач II класса — капитан, полковой врач I класса — майор, главный врач армейского госпиталя — подполковник или полковник, главный инспектор госпиталей — бригадный генерал, главный директор военно-санитарной службы — генерал-майор.

Указом от 2 октября 1800 г. учреждена военно-медицинская школа в Нетли (в 1863 г. она переведена в Саутгемптон, а в 1909 г. реорганизована в Военно-медицинскую академию и переведена в Лондон, где находится в настоящее время). Этим обеспечено было пополнение офицерского медицинского корпуса врачами со специальной военной подготовкой. В гражданском ведомстве в то время существовало множество различных профилей высшего медицинского образования.

При подготовке военных врачей уделялось большое внимание гигиене. В XVIII столетии Джон Прингль, будучи главным врачом армии, провел ряд работ, заложивших основы военной гигиены. Ему принадлежит заслуга введения системы санитарного благоустройства военных лагерей (осушка болот путем естественного и искусственного дренажа). В тот же период Джемс Линд заложил основы военно-морской гигиены.

Помимо выпускников Военно-медицинской академии, армия комплек-

туется также гражданскими врачами не старше 28 лет. При поступлении в армию обязательно прохождение трехмесячных курсов при Военно-медицинской академии и трехмесячной строевой тренировки в специальном лагере. Сдавшие после этого испытания принимаются в армию с производством в лейтенанты. Сроки выслуги: для производства в капитаны — 3 года, в майоры — 12 лет. Производству в майоры предшествует прохождение пятимесячных курсов усовершенствования по военной гигиене и основным клиническим дисциплинам со сдачей испытаний. Звание подполковника присваивается после 8-летней службы майором. Дальнейшие производства — на основе персональных данных без обязательной выслуги лет.

Военный врач, желающий получить ранг специалиста для работы в специальных отделениях военных госпиталей, должен пройти шестимесячные курсы усовершенствования, на которые командируются врачи со стажем службы в армии не менее 5 лет.

Для каждого военного врача обязательна служба в течение 5 лет в колониальных войсках. После 7 лет службы в армии, в том числе 5 лет в колониях, врач вправе уволиться с получением выходного пособия в размере 1 000 фунтов стерлингов.

Военные врачи, прослужившие в армии 25 лет, получают пенсию в размере 750 фунтов стерлингов в год при звании майора и до 1 500 фунтов стерлингов при генеральском звании, что составляет почти 100% оклада.

Оклады врачей в английской армии относительно высокие. До начала второй мировой войны врач-лейтенант получал 356 фунтов стерлингов (около 9 000 рублей) в год, а генерал-майор — 1 542 фунта стерлингов (около 38 500 рублей) в год. Врач-специалист получает доплату в размере 96 фунтов стерлингов в год (2 400 рублей).

Руководство военно-санитарной службой централизовано в Управлении главного военно-санитарного директора (Director-general Army Medical Services) со званием генерал-лейтенанта, при нем референты по отдельным отраслям медицинского обслуживания (1 полковник, 1 подполковник, 3 майора). В его ведении особая гигиеническая группа во главе с генерал-майором и при нем референт-подполковник.

Выделение гигиенического обслуживания в особую группу с генералом во главе подчеркивает большое значение, придаваемое в английской армии вопросам гигиены. Английские военные врачи имеют свой печатный орган — Journal of the Royal Army Medical Corps.

В Англии, где частная врачебная практика является преимущественной формой лечебного обслуживания населения (кроме заразных больных), военные врачи не лишены права заниматься частной практикой с условием бесплатного обслуживания офицерских семейств.

Первый закон о военно-санитарной огранизации в Японии относится к IX столетию (927 г.); введено было военно-врачебное звание — старший штабной врач. Затем до начала XVII века сведений нет.

В период царствования династии Токугава (1603—1867 гг.) военщина имела в Японии решающее влияние: генерал считался светским правителем, а император (микадо) — духовным. В этот период военные врачи делились на два разряда: тайкун, имевшие военные звания, и даймо — находившиеся в ведении князей (феодалов) и имевшие гражданские чины.

С 1867 г. японская армия была реорганизована по европейскому образцу, и всем военным врачам были присвоены офицерские и генеральские звания.

Во главе военно-санитарной службы поставлен медицинский отдел военного министерства; начальник отдела — врач, генерал-майор. Учреждены медицинские отделы в штабах военных округов и войско-

вых соединений. Медицинские отделы округов и войсковых соединений подчиняются по вертикали медицинскому отделу военного министерства, а по горизонтали — общему военному командованию.

Специальным приказом военного министра от 7 мая 1933 г. каждой дивизии придана медико-санитарная рота под командованием строевого офицера. Эта рота подчиняется общему командованию дивизии в оперативном отношении и соответствующему медицинскому отделу в прочих отношениях.

В отличие от армии европейских стран, где полностью изжито, начиная с конца XIX столетия, оказание врачебной помощи лицами без высшего медицинского образования, в Японии сохранились две категории офицеров медицинской службы: с университетскими врачебными дипломами и недипломированные. Первые могут повышаться в военных званиях до самых высших, а вторые — не выше капитана.

Для дипломированных военных врачей в Японии введено периодическое усовершенствование в Токийской военно-медицинской академии сроком от 4 до 8 месяцев.

Каждый офицер обязан свободно изъясняться на двух европейских языках — английском и немецком или французском.

Оклады офицеров медицинской службы по сравнению с окладами в английской армии невысокие: лейтенант медицинской службы получает 480 иен в год (28 фунтов стерлингов против 356 в английской армии), капитан — в 2—2½ раза больше, а генерал медицинской службы — 5 000 иен в год (282 фунта стерлингов против 1 542 в Англии).

Врачи санитарной службы армии США появились в период освободительной войны под знаменами Вашингтона.

В каждом полку были введены должности врача и двух помощников; на каждые 20 000 человек войска организован был один полевой лазарет с директором (врачом) во главе.

Полковые врачи утверждались в должности командиром полка и в большинстве не имели врачебных дипломов.

Законом от 7 апреля 1777 г. военно-санитарная служба, как и вся армия, перестроена по английскому образцу. Во главе ее поставлен генеральный директор (врач). В штабе каждого военного округа учреждены раздельно должности главного врача и главного хирурга. Здесь также не обошлось без трений между врачами и хирургами, но разногласия не носили такой острой формы, как во Франции.

В мае 1781 г. генеральный директор военно-санитарной службы вошел в состав вновь организованного военного министерства.

Первый устав военно-санитарной службы издан в 1825 г.; военные врачи не имели офицерских званий.

После проведения в Англии закона 1840 г., в котором уточнены военные звания врачебного персонала в армии и произведено полное уравнение его в правах со строевыми офицерами, военные врачи США стали добиваться изменения их положения. После дискуссии по этому вопросу в специальной и общей прессе конгресс принял в апреле 1850 г. закон о присвоении всем военным врачам и хирургам офицерских званий и о полном уравнении их в правах со строевыми офицерами.

Пополнение офицерского корпуса медицинской службы производилось до 1893 г. врачами, получившими гражданское высшее медицинское образование, после прохождения ими краткосрочных военных курсов.

В 1893 г. организована военно-медицинская школа в штате Пенсильвания, функционирующая и в настоящее время.

В период участия США в первой мировой войне (1917 г.) в американской армии имелось 16 000 офицеров медицинской службы.

Современная структура военно-санитарной организации США следующая: высшее руководство осуществляет Военно-санитарное управление военного министерства. Во главе управления стоит генеральный врач армии (Surgeon General of the Army). В составе управления 10 отделений, возглавляемых полковниками и подполковниками медицинской службы. Одно из отделений ведает ветеринарной службой в армии.

Оклады американских офицеров медицинской службы выше английских, в особенности младших офицеров. Младший врач (лейтенант) получает в год 3 000 долларов (около 690 фунтов стерлингов), врач старший лейтенант и капитан — 3 600—4 300 долларов, генерал медицинской службы — 7 200 долларов в год.

В походных условиях добавляются квартирные и продовольственные деньги. Ушедшим в отставку после десятилетней службы назначается пенсия в размере 30% оклада, а после 30 лет — 75% оклада.

Повышение в званиях производится до полковника за выслугу лет, а дальше — по персональным показателям. Производству в майоры предшествует прохождение специальных курсов усовершенствования со сдачей испытаний.

Военные врачи, назначаемые на работу по материальному оснащению военно-санитарной службы, обучаются 3 года в Военно-хозяйственной академии.

В США широко практикуется специализация военных врачей как в крупных военных госпиталях, так и в образцовых гражданских клиниках и больницах.

На должности командиров санитарных подразделений (медицинских полков, санитарных рот) и начальников специальных военно-санитарных учреждений (лазаретов, лабораторий и пр.) назначаются исключительно офицеры с высшим медицинским образованием.

В США издаются военно-медицинские журналы: The Military Surgeon; The Bulletin of the U. S. Army Medical Department, и имеется научное общество военных врачей.

Гордостью военно-санитарной службы является богатейшая военно-медицинская библиотека в Вашингтоне с фондом специальной литературы свыше 300 000 томов на всех языках земного шара.

Выводы

На пути развития военно-санитарной службы имелось немало зигзагов и трудностей. Из маленькой ячейки, обслуживавшей высших военных начальников, медицинская военная организация разрослась, обслуживая теперь все виды и роды войск. Военно-санитарная служба представляет неразрывную часть каждой армии и является фактором ее боеспособности.

С развитием медицинской науки, и, в частности, гигиены, умножились и усложнились функции врачей в армии. Предупреждение инфекционных заболеваний, организация медицинской помощи в сложных условиях современного боя, скорейшее возвращение раненых и заболевших в строй требуют большой специальной подготовки, и в армии необходимы дипломированные врачи с университетской подготовкой и со специализацией по военным дисциплинам.

Эти дипломированные врачи являются полноправными членами офицерского корпуса.

Во всех армиях организовано централизованное руководство военно-санитарной службой, осуществляемое командирами высокого ранга (генералами) из врачебной среды.

Организационные формы военно-санитарной службы приняли во всех странах четкое очертание, отличающееся однако от наиболее четкой и выдержанной санитарной организации Красной Армии.

★

H. E. Simon a. H. A. Sacchet. **Мышечные грыжи голени.** The American Journal of Surgery, vol. 67, № 1, January 1945.

Мышечная грыжа, или выпячивание мышечной ткани через дефект в фасции, описывается в литературе не часто. Авторы сообщают о 12 случаях, которые вместе с описанными ранее составляют 163 случая, наблюдавшихся преимущественно у военнослужащих.

Мышечные грыжи голени характеризуются мягкой полуфлюктуирующей припухлостью, которая увеличивается в размерах, когда нога свисает или мышца расслаблена, и становится меньше или исчезает, когда голень приподнимают пассивно, и обычно при сокращении данной мышцы. Грыжа вправляется при надавливании, если прощупывается дефект в фасции.

Мышечные грыжи бывают трех видов: 1) повидимому, врожденные; 2) происшедшие вследствие непосредственной травмы, как-то: перелома, разрыва, операции или вследствие непрямого действия силы на мышцу; эти грыжи обычно бывают одиночные, большие и требуют хирургического вмешательства; 3) идиопатические, появляющиеся самопроизвольно, в особенности после повышенной мышечной деятельности; они обычно небольшие, часто множественные, болезненные явления при них невелики или отсутствуют, при этих грыжах часто не требуется лечения. Повидимому, грыжи третьего вида бывают часты, в особенности у молодых деятельных мужчин.

При диференциальном диагнозе надо иметь в виду варикозное расширение вен, липомы, ангиомы и другие опухоли.

Хирургическое лечение в необходимых случаях состоит во вправлении выпяченной мышцы и закрытии дефекта, обычно пересадкой фасции или швом. Результат обычно бывает хорошим.

В качестве профилактической меры необходимо тщательно закрывать дефекты в фасции, возникающие от травмы или при операции.

E. Ризе (E. C. Reese). **Лечение ожогов давящей повязкой и пленками с сульфамидом.** The American Journal of Surgery, vol. 67, № 3, March 1945, pp. 524—529.

Автор в 39 случаях ожогов второй степени и 4 случаях ожогов второй и третьей степени применил следующий способ лечения. После дачи морфина и принятия других мер в случае шока обожженную поверхность тщательно мыли водой с мылом в течение 10 минут посредством ватных шариков и затем орошали теплым солевым раствором. Нежизнеспособные ткани удаляли, крупные пузыри срезали. При значительном загрязнении поверхность смазывали раствором 1 : 500 азохлорамида в триацетине. После этого поверхность ожога и часть окружающей здоровой кожи покрывали прозрачной пленкой, изготовленной в основном из металцеллюлозы с добавлением триэтаноламина, повышающего эффективность сульфаниламида вследствие поддержания в окружающей среде концентрации ионов водорода на степени слабо щелочной реакции. В пленках содержалось 20% сульфаниламида и 10% сульфацетимида. В 1 см² пленки было 3 мг сульфамида. Поверх пленки, плотно прилегающей к обожженной поверхности, накладывали давящую ватную или марлевую повязку. Повязку, но не пленку, снимали на 4—5-й день для наблюдения сквозь пленку за процессом излечения; следующую перевязку делали через несколько дней, если чрезмерное отделение жидкости или признаки инфекции не требовали более ранней смены повязки. В случае мацерации кожи вокруг обожженной поверхности поверх пленки накладывали новую, закрывающую мацерированную область. По заживлении ожога пленка обычно отпадала сама, но иногда для облегчения отделения ее смачивали солевым раствором.

В 34 случаях ожога второй степени, леченных по описанному способу, излечение наступило на 4—12-й день после наложения пленки. В 5 случаях инфицированных ожогов излечение наступило на 6—14-й день и только в одном случае — на 18-й день. В 4 случаях сочетанного ожога второй и третьей степени поверхности с ожогом второй степени излечились через 2 недели, области с ожогом третьей степени покрылись грануляциями и зажили на 19—32-й день, кроме одного случая, в котором потребовалась пересадка кожи.

Содержание сульфамида в крови варьировало от следов до 8,5 мг%, в зависимости от размеров и глубины ожога. В одном случае исследование, произведенное в течение трех дней кряду, показало содержание сульфамида в крови 7,6, 7,1 и 8,5 мг%, что указывает на медленное всасывание этого вещества из пленки.

Автор отмечает немедленное прекращение боли после наложения пленки и быстрое заживление обожженной поверхности, прикрытой прозрачной гидрофильной пленкой, содержащей около 30% сульфамида и удерживаемой на месте давящей повязкой.

Доктор мед. наук Л. М. Старокадомский

Краткое руководство по военно-врачебной экспертизе. Генерал-майор мед. службы Н. А. Молодцов, генерал-майор мед. службы А. В. Рахманов, полковник мед. службы Н. Н. Тимофеев, полковник мед. службы И. М. Федотов, подполковник мед. службы М. С. Прохоров (издание Главвоенсануправа, 1944, стр. 107).

Издание этого руководства нужно отметить как положительный факт. Условия Отечественной войны требуют от врача любой специальности не только знакомства с организационной структурой военно-врачебной экспертизы, но и специальных познаний по правильному использованию способов и методов исследования воинских контингентов для определения их бое- и трудоспособности. Со всеми этими методами и способами знакомит руководство, которое состоит из двух частей.

В первой части — в разделе об основных положениях военно-врачебной экспертизы — подробно и научно обоснованно изложены правила, которые врачу необходимо знать и умело использовать для индивидуальной оценки исследуемого при решении вопроса о годности к военной службе.

В главе об обязанностях ВВЭ по укомплектованию Красной Армии даны ценные указания с четкой их диференцировкой: при медицинском освидетельствовании в призывных комиссиях во время очередных призывов на действительную военную службу, при переосвидетельствовании военнообязанных и освидетельствовании раненых и больных по окончании их лечения в лечебных учреждениях.

Хорошо и убедительно изложена глава о документации и отчетности по ВВЭ. Эти вопросы нередко являются слабым местом в работе ВВЭ. Значение и важность этих моментов недооцениваются. На конкретных примерах показано, как от документов зависят многие стороны личной и общественной жизни освидетельствованных.

Вторая часть — указания по оценке степени годности к военной службе при некоторых заболеваниях и последствиях повреждений — содержит хорошо обоснованные разъяснения по ряду недоуменных вопросов, часто возникающих в процессе работы ВВЭ по применению статей приказа НКО № 376 1942 г. Такие исчерпывающие разъяснения даны в отношении больных туберкулезом, язвенной болезнью, сердечно-сосудистыми расстройствами, полиартритами, нарушением функций после ранений и т. д.

Книга издана технически удовлетворительно. Имеется несколько опечаток. Форма изложения отдельных глав не однотипна; так, разъяснения по психическим болезням, хирургическим, заболеваниям ЛОРорганов, глазным даны применительно к статьям приказа, а по другим без указания статей.

Вообще же руководство написано систематично, вместе с тем конспективно, обширный материал изложен на сравнительно небольшом числе страниц. Руководство это по своим установкам с успехом может быть использовано врачами не только по ВВЭ, но и в госпитальной и поликлинической работе. Доц. З. Быховский

Система учетно-статистических показателей санитарной службы действующей армии. Е. Я. Белицкая. Издание Главного военно-санитарного управления Красной Армии, Москва — Ленинград, 1945.

Перед медицинской службой Красной Армии стоит в высокой степени актуальная и ответственная задача: подытожить и обобщить опыт работы за время Великой отечественной войны. Учетно-статистические данные, накопленные различными звеньями медицинской службы по установленной системе учета и отчетности, содержат богатейший материал. К сожалению, эти данные недостаточно освоены и разработаны в ходе самой войны.

Одним из существенных препятствий к должному использованию учетно-отчетных материалов нередко являлась недостаточная статистическая и, в частности, методическая грамотность работников медицинской службы, отсутствие должного умения обращаться с цифровыми данными и в связи с этим недостаточный интерес к медико-статистическим разработкам. В системе подготовки наших врачей им мало прививается навыков к обращению со статистическими материалами. Между тем условия военного времени вовлекли в различные стадии медико-статистической работы довольно широкие контингенты врачей.

Поэтому следует приветствовать появление рецензируемой книги (из кафедры военно-медицинской статистики Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова), автор которой ставил своей задачей помочь работникам медицинской службы в разработке собранных и собираемых ими материалов путем применения единой методики вычисления и анализа основных показателей и относительных величин, характеризующих различные стороны деятельности службы в ее отдельных звеньях.

Книга состоит из четырех глав: первая разбирает задачи и содержание учета и отчетности в военное время, последующие главы посвящены системе учетно-статистических показателей войскового, армейского и фронтового района.

Автор совершенно правильно подчеркивает роль генерал-полковника Е. И. Смирнова, неустанно во все время войны развивавшего интерес к военно-медицинской статистике, указавшего основные направления ее работы, значительно изменявшие прежние, внедрившиеся в практику традиции. Особое значение, несомненно, имеют указания т. Смирнова о важности разработки и анализа материалов, охватывающих ту или иную боевую операцию. К сожалению, автор, касаясь прошлого военно-медицинской статистики, не отметила принципиально нового отношения к статистике здоровья в Красной Армии. Нельзя не согласиться с утверждением автора, что военно-медицинская статистика почти игнорировалась авторами, писавшими по вопросам организации и тактики медицинской службы.

Разбирая учетно-отчетные документы медицинской службы войскового района, автор дает методику вычисления показателей по следующим разделам: 1) санитарные потери, их уровень и состав, 2) структура исходов, 3) объем и содержание лечебно-эвакуационной работы, 4) характеристика хирургической помощи. Указаны способы вычисления потерь по отношению к роду войск, виду ранящего оружия, по отдельным видам ранений и заболеваний, по распределению за отдельные дни или периоды боевой операции. Показатели исходов включают возвращение в строй, эвакуацию, летальность, распределение возвращенных в строй и умерших по видам заболеваний и ранений. Лечебно-эвакуационная деятельность представлена методикой вычисления показателей распределения раненых по виду помощи, оказанной на поле боя, по способу и срокам доставки раненых на ПМП и ДМП, а также методикой изучения удельного веса нетранспортабельных и их летальности. Показатели, относящиеся к хирургической помощи, предусматривают анализ оперируемости, летальности оперируемых, распределение операций по их видам, охват раненых переливанием крови, определение нагрузки хирурга.

Учетно-статистические документы армейского и фронтового района, кроме показателей, присущих войсковому району, обеспечивают возможность изучения ряда новых отраслей деятельности полевой медицинской службы: 1) организационно-оперативные показатели объема и характера деятельности госпитальной базы, 2) движение раненых и больных и исходы госпитального лечения, 3) лечебно-диагностическую, в частности, хирургическую, работу госпиталей. В этих главах рассматривается вычисление распределения коек по специальности, соотношения числа штатных, развернутых и занятых коек, средней продолжительности лечения. Для изучения движения раненых и больных дана методика вычисления распределения их по виду ранящего оружия, по родам войск, по дням поступления, вычисления показателей эвакуации, возвращения в строй, летальности и распределения двух последних групп по отдельным диагнозам. Во фронтовом районе детализируются вопросы эвакуационной деятельности и показатели летальности на отдельных этапах эвакуации; изучаются также показатели увольнения в отпуск и законченных исходов. Для углубления анализа хирургической работы предусмотрены, кроме упомянутых выше, показатели характера произведенных операций. Работа лечебно-диагностических кабинетов и патологоанатомической службы также представлена рядом показателей.

К несомненным достоинствам книги следует отнести, что автор предостерегает от тенденции замыкаться в узкоспециальный круг «цифровых» показателей. «Статистический анализ санитарного состояния войск тесно связан с санитарно-тактической оценкой и должен исходить из знания специфической природы изучаемых явлений; только при таком подходе обеспечена правильная интерпретация полученных данных... Овладение пониманием и знанием явлений, подлежащих ведению военно-медицинской статистики, в значительной мере связано с знанием таких дисциплин, как военно-полевая хирургия, военно-полевая терапия, военная гигиена и эпидемиология, санитарная тактика» (стр. 16). В ряде мест книги находим вполне уместные и правильные замечания организационно-тактического характера, например: на стр. 23—24 и 51 — о ХППГ первой линии; на стр. 45—46 — о диференцированном показателе сроков поступления носилочных раненых на медицинские пункты.

Как бы мимоходом автор уточняет некоторые элементарные, но не всегда правильно понимаемые и применяемые статистические термины, например, интенсивные и экстенсивные коэфициенты (стр. 29), смертность и летальность (стр. 41). Удачно иллюстрирована на примере недопустимость сложения относительных величин, происходящих из различных оснований (стр. 67).

Большое число приводимых автором показателей наглядно свидетельствует, как много может почерпнуть из учетно-отчетных документов медицинский начальник, научившийся хотя бы элементам чтения «языка цифр». Наряду с показателями, книга содержит 22 таблицы, дополняющие и разъясняющие текст.

Издана книга довольно опрятно; при внимательном просмотре мы обнаружили только две действительно досадных опечатки, в изображении формул вычисления показателей; на стр. 67, как раз в поучительном примере, умножен на 100 знаменатель, в то время как подлежит умножению вся дробь (или, следовательно, числитель); на стр. 103, в показателе № 19 излишне показано умножение на 100.

В общем, книга, отражая личный опыт фронтовой работы автора и преподавания военно-медицинской статистики медицинским начальникам, несомненно, явится полезным пособием для подготовки руководящего состава нашей службы и в равной мере для работы по подытоживанию опыта деятельности службы. Следует пожелать, чтобы кафедра возможно скорее вооружила наших работников подобным же пособием для использования статистических материалов мирного времени.

Полковник мед. службы Я. Н. Кричевский

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ ОБЗОР

THE MILITARY SURGEON, VOL. 95, № 1—6, JULY — DECEMBER 1944

[ВОЕННЫЙ ВРАЧ (США)], второе полугодие 1944 г.

№ 1, июль

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ЖУРНАЛА:

A. H. Traum a. B. B. Wilcox. **Анализ 150 случаев заболеваний сердечно-сосудистой системы у ветеранов второй мировой войны.** Стр. 5—10.

Тщательное исследование 150 человек, уволенных по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, показало замечательное совпадение данных исследований, проведенных в госпиталях и в отборочных комиссиях. Большое количество исследованных болело еще до призыва в войска. Наибольшее число случаев было ревматического происхождения (69), далее следовали случаи гипертензии (22), варикозного расширения вен и др.

W. H. Burnham. **Болезни ног в армии.** Стр. 20—24, 8 рисунков.

Рассмотрено 200 случаев обращений к врачу по поводу заболевания ног, причем отмечено 242 болезненных расстройства (136 — плоскостопие, 37 — мозоли, 25 — метатарзалгия, 16 — полая стопа и др.). Указаны применявшиеся способы лечения, приведены образцы ортопедической обуви.

E. W. Egbert. **Рентгенотерапия при помощи полевой армейской рентгеновской установки.** Стр. 30—33.

Краткий обзор 391 случая применения рентгенотерапии в полевых условиях; около 50% случаев было дерматологических; в 89% при этих случаях получено улучшение; в хирургических случаях излечение или улучшение наблюдалось в 91,8%. Полевая рентгеновская установка оказалась весьма ценным пособием при лечении.

W. K. Simmons a. S. A. Wolfson. **Инфаркт миокарда без коронарной болезни; перенапряжение сердца.** Стр. 33—37, 1 диаграмма. Приведена литература (3 номера).

Клиническое описание случая острого переутомления сердца, сопровождавшегося инфарктом миокарда. Выздоровление.

R. M. Hardaway. **Лечение ранений военного времени.** Стр. 37—42.

Рассмотрено около 400 случаев лечения огнестрельных ранений. Автор заключает, что инфекцию боевых ранений можно предупредить путем надлежащего лечения, что наиболее важным мероприятием является иссечение раны, что на раны, требующие иссечения, не следует накладывать первичный шов, за исключением ранений головы, груди и живота, и что вторичный шов ускоряет излечение.

A. M. Maris. **Переломы челюстей.** Стр. 43—47.

Описано распознавание и лечение челюстных переломов с указанием специальных методов шинирования и способов предупреждения инфекции.

H. D. Rosenbaum. **Косоглазие в армии.** Стр. 48—52, 10 рисунков. Приведена литература (4 номера).

Приведены некоторые статистические данные; описано несколько случаев успешного лечения косоглазия хирургическим путем.

D. W. Atcheson. **Новый источник пенициллина для лечения хронической гонорреи.** Стр. 56—62. Приведена литература (17 номеров).

Ввиду малого количества пенициллина, которым можно располагать для лечения, и учитывая, что от 50 до 70% пенициллина, введенного внутривенно или внутримышечно, выделяются с мочой в неизмененном виде и что принятый внутрь пенициллин всасывается в области двенадцатиперстной кишки, автор применял в 4 случаях хронической гонорреи у мужчин следующий способ лечения. Больному вводился дуоденальный зонд, положение которого проверялось флюороскопом и рентгеноскопически, и через зонд вводилась через каждые три часа моча больного, получавшего впрыскивания пенициллина. Необходимое количество вводимой в двенадцатиперстную кишку мочи определялось по содержанию в ней пенициллина. Практически вводилось каждый раз по 230 см³ мочи, содержавших 15 000 единиц пенициллина; моча предварительно пропускалась через фильтр Зейтца. Лечение продолжалось от 24 до 48 часов. В трех случаях получено полное излечение.

В дополнении к статье автор сообщает, что лечил по этому способу еще 16 больных, из которых 12 человек выздоровели.

W. F. Gorman. **Улучшение ушного зеркала.** Стр. 63, 1 рисунок.

Для устранения мешающего при исследовании рефлекса от блестящей внутренней поверхности металлической ушной воронки автор предлагает делать эту поверхность матовой.

№ 2, август

S. Duke-Elder. **Офталмологическая служба в английской армии.** Стр. 105—106.

Краткий очерк организации глазной помощи в английской армии.

L. H. Berman. **Служба Красного креста в эвакуационном госпитале.** Стр. 107—110.

Общий очерк задач и деятельности работников Красного креста в госпитале.

Ch. S. Hendricus a. J. D. Winebrenner. **К вопросу о борьбе с венерическими болезнями в армии.** Стр. 121—129, 4 рисунка.

На первое место авторы выдвигают санитарно-просветительную работу; рассматривают методы проведения ее. Затем рекомендуется централизованная эпидемиологическая система, оказавшаяся весьма удовлетворительной.

M. G. Henry. **Полный разрыв ахиллова сухожилия.** Стр. 135—139, 2 рисунка. Приведена литература (6 номеров). Описание одного случая.

S. Gersten. **Вторичное восстановление целости уретры при разрыве задней ее части; сообщение одного случая.** Стр. 139—143, 5 рисунков. Приведена литература (15 номеров).

Очерк хирургического лечения разрывов задней части уретры; детальное описание наблюдавшегося автором случая.

J. S. Snow. **Лечение дерматофитозов.** Стр. 147—151. Приведена литература (4 номера).

Очерк профилактики и лечения дерматофитозов.

D. Goldberg. **Приспособление для ходьбы при гипсовой повязке в условиях военного времени.** Стр. 151—153, 2 рисунка.

Автор предлагает применять испытанное им в сотне случаев перелома мыщелков голени приспособление в виде «пятки для ходьбы». К гипсовой повязке снизу прикрепляется гипсовым бинтом небольшая деревянная планка с приделанным к ней резиновым каблуком.

Редакционная статья (J. M. P.). **Сульфамиды как профилактическое средство.** Стр. 159.

Сравнительное изучение заболеваемости в воздушных военных частях США, находившихся в условиях большой опасности подвергнуться стрептококковым заболеваниям, показало значительное профилактическое действие небольших приемов внутрь сульфамидных препаратов. Среди около 40 000 человек, находившихся под наблюдением, лишь в 43 случаях наблюдалась сравнительно тяжелая реакция. Смертных случаев не было.

№ 3, сентябрь

C. H. Best. **Прогресс медицинской науки во время войны.** Стр. 179—182.

Автор отмечает развитие переливания крови и кровяной сыворотки, патриотическое движение, выразившееся в развитии донорства, применение пенициллина как лечебного средства, разработку методов изготовления этого вещества.

J. L. Moore. **Неотложная помощь в джунглях и в пустыне.** Стр. 183—191, 4 диаграммы.

Описаны условия, создающие особые трудности для пострадавших, и указаны факторы, от которых главным образом зависит успешность медицинской помощи в условиях джунглей и в пустыне. Главное условие правильной деятельности врача в необычной обстановке — тщательная подготовка и заблаговременное продумывание всевозможных случайностей.

A. C. Hulett. **Определение отравления алкоголем у военнослужащих.** Стр. 191—197. Приведена литература (22 номера).

Рассмотрен сложный вопрос о составлении врачебного заключения о состоянии опьянения; приведена таблица Turner, показывающая содержание алкоголя в крови при различных степенях алкогольного отравления.

R. B. Phillips. **Как получить хорошие результаты при блоковом обезболивании плечевого сплетения?** Стр. 197—199.

Наблюдения 52 случаев: в 42 случаях — 100% обезболивание, в 7 случаях — 80% обезболивание, в 3 случаях обезболивания не получилось. Применялся 20% раствор метикаина (5 см³). Описана методика.

M. G. Henry. **Перелом ладьевидной кости запястья в промышленности и на военной службе.** Стр. 199—205, 7 рисунков. Приведена литература (10 номеров).

Обзор 22 случаев перелома ладьевидной кости у военных и сравнение с 12 аналогичными случаями, наблюдавшимися в промышленности. Переломы эти часто остаются нераспознанными. Необходимо рентгеновское исследование. Указаны приемы для распознавания и методы лечения.

L. J. Numainville a. E. Kohn. **Задачи восстановления здоровья и работоспособности.** Стр. 205.

Рассуждения по указанному вопросу и об участии в разрешении этих задач врачей различных специальностей.

H. B. Webb. **Исследование таблеток для индивидуального обезвреживания малых количеств воды для пользования войсками в полевых условиях.** Стр. 209—216, 1 диаграмма. Приведена литература (11 номеров).

Исследовавшиеся в течение года таблетки оказались действительно бактерицидными лишь в течение 4—6 месяцев, хотя видимого изменения их не происходило и в более поздние сроки в условиях правильного содержания их. Исследовавшиеся таблетки были такого состава: гипохлорита кальция с высоким содержанием хлора 5 мг, n-сульфодихлорамидобензойной кислоты 5 мг, хлористого натрия без примеси магния 88 мг, очищенного талька 2 мг; таблетка растворялась в 100 см³ воды и раствор доводился затем прибавлением воды до 1 л.

G. M. Saypol. **Шина для лечения перелома пальцев, требующего вытяжения.** Стр. 226—228, 4 рисунка.

Описание устройства шины из алюминиевого сплава и пользования ею.

R. V. Fuldner. **Распознавание легких болезненных состояний позвоночника.** Стр. 228—232, 6 рисунков.

Описание методики распознавания болезненных ощущений в области спины органического и неорганического происхождения.

C. M. Silver. **Устранение запаха находящихся под гипсовой повязкой ран посредством насыщенного раствора иодоформа в бензойной настойке.** Стр. 233.

Предлагается ежедневно смазывать издающие неприятный запах части гипса, наложенного непосредственно на рану, раствором 3 г иодоформа в сложной бензойной настойке (240 г).

№ 4, октябрь

W. W. Lasher. **Повторные вывихи плеча.** Стр. 253—266. Приведена литература (10 номеров).

Описание 5 случаев, наблюдавшихся у военнослужащих. Указано на необходимость тщательного расследования при освидетельствовании призывных. Хирургическое лечение дает полное выздоровление не менее как в 90% случаев.

W. J. Gillesby. **Тампонада сердца. Колотая рана правого желудочка сердца.** Стр. 284—287, 3 рисунка. Приведена литература (13 номеров).

Успешное хирургическое вмешательство через два часа после ножового ранения правого желудочка.

W. H. Gerwig. **Аппендицит.** Стр. 291—296.

Обзор более 500 случаев аппендицита, оперированных в военных госпиталях.

W. H. Graham. **Распознавание аппендицита при гастроэнтерите.** Стр. 296—300. Приведена литература (7 номеров).

Клинический очерк с разбором трех случаев.

Ch. Lyons. **Пересмотр оценки сульфамидов.** Стр. 301—304. Приведена литература (18 номеров).

Автор рассматривает токсические реакции, наблюдающиеся при лечении сульфамидными препаратами; упоминает о некоторых новых препаратах этого рода; рассматривает успешность местного применения сульфамидов и разбирает вопрос о профилактической сульфамидотерапии ранений. Признавая, что токсические реакции не являются серьезным препятствием к применению сульфамидов, и допуская, что новые сульфамидные препараты могут обладать наибольшим бактериостатическим действием, автор считает, что профилактическая сульфамидотерапия оказывается весьма успешной. Относительно местного применения сульфамидов при лечении ран, по мнению автора, нет убедительных клинических данных ни за, ни против благотворного действия этих препаратов.

J. D. Marco. **Факторы безопасности при применении внутривенного обезболивания.** Стр. 305—308, 4 рисунка.

Описана техника применения наркоза посредством внутривенного введения пентоталового натрия с указанием на тщательную подготовку всех необходимых материалов и средств.

L. W. Breck a. N. L. Higinbotham. **Маршевые переломы. Новое представление о их этиологии и логический способ лечения их.** Стр. 313—315.

Автор полагает, что маршевые переломы происходят вследствие кристаллизации в кости фосфорнокислого кальция — процесса, подобного изменению стали, подвергающейся перемежающемуся напряжению, что приводит к внезапному разлому стального изделия. В соответствии с этим автор применил в 54 случаях способ лечения, состоявший в 4-недельном содержании на костылях с полным устранением нагрузки на больную конечность. В 48 случаях получены превосходные результаты.

W. G. Cahan. **Рак в войсках.** Стр. 319—321.

Статистически вычислено, что среди 1 000 000 личного состава вооруженных сил наблюдается ежегодно 750—1 000 новых заболеваний раком. Проблема рака в войсках и среди ветеранов требует специального изучения.

P. W. Stumm. **Легко изготовляемый аппарат для эвакуации жидкостей из полостей тела.** Стр. 321—322, 1 рисунок.

Описание прибора, двигателем в котором служит небольшой электромотор.

Редакционная статья (J. M. P.). **Армейский институт патологии.** Стр. 323—324.

Сообщается об учреждении в США Военно-санитарного института патологии, три основные функции которого таковы: 1) консультация по вопросам патологии и дача

окончательных заключений в области патологии для всей армии; 2) проведение исследований и изысканий по патологии, имеющих значение для военной медицины; 3) издание инструкций по патологической анатомии для военных врачей.

№ 5, ноябрь

E. F. Pearson. **Современные представления о вирусных болезнях.** Стр. 345—349.

Краткая характеристика вирусов по современным представлениям о них. Перечень дерматропных, висцеротропных и невротропных болезней вирусного происхождения. Некоторые практические указания, в частности, не брать кровь или плазму для переливания от лиц, страдавших инфекционным гепатитом с желтухой, и не применять лечения сульфамидами при вирусных болезнях, кроме, может быть, трахомы и венерической лимфогранулемы.

J. L. Henderson a. M. Moore. **Психоневрозы военного времени.** Стр. 349—356.

Обзор и статистический анализ 200 случаев психоневрозов, возникших при боевых условиях; отмечено влияние неправильного воспитания в семье; приведены соображения о лечении этих заболеваний.

W. A. Dew a. J. H. Wooten. **Маршевые переломы, 58 случаев.** Стр. 356—359, 1 диаграмма, 1 рисунок.

Обзор 58 случаев маршевого перелома, наблюдавшихся у 55 человек. Настоятельно советуется лечить маршевые переломы амбулаторно, пользуясь военной обувью в качестве шины.

G. F. Baier a. J. A. Pincus. **Влияние малых доз пенициллина на раннее распознавание сифилиса.** Стр. 359—360.

Сообщается наблюдение, показывающее, что лечение пенициллином может мешать раннему распознаванию сифилиса, убивая спирохет в образующейся первичной язве и задерживая срок появления положительной серологической пробы.

W. B. Snow. **Применение новокаинового ионтофореза при болезненных ограничениях подвижности.** Стр. 360— 362. Приведена литература (4 номера).

Описана техника местного обезболивания новокаином путем ионтофореза; потеря чувствительности продолжается 3—4 часа, позволяя производить простые прогрессирующие упражнения. Достаточно от 1 до 3 процедур.

V. L. Hart. **Лечение переломов бедра у взрослых.** Стр. 379—384.

Рассмотрение 12 видов переломов бедренной кости и лечения их. Пять основных принципов (пять «R» — по начальной английской букве каждого из пяти положений): распознавание, вправление, фиксация, восстановление функции, возвращение в часть или в гражданское состояние.

R. J. Lewinski. **Умственная недостаточность с военной точки зрения.** Стр. 385—390. Приведена литература (23 номера).

Обсуждение различной степени умственной ограниченности с целью определения возможности использования на военной службе умственно неполноценных лиц.

G. H. Berryman, Ch. R. Henderson, C. E. French a. P. E. Howe. **Пищевое значение рационов экспедиционных войск.** Стр. 391—396.

Рассмотрение и оценка пищевого значения пяти различных рационов американской армии. Приведена литература (7 номеров).

M. H. Sawyer a. D. H. Kast. **Кистовидные опухоли копчиковой области; хирургическое лечение их и послеоперационная стадия.** Стр. 398—402. Приведена литература (8 номеров). Обзор 19 случаев.

W. F. Stanek a. H. C. Andre. **Способ Nicola оперативного лечения привычного вывиха плеча.** Стр. 402—405.

Сообщение о применении способа Nicola в 31 случае привычного вывиха плеча; в одном случае наблюдался рецидив вывиха. Приведены 4 случая. Авторы считают способ удовлетворительным с точки зрения военного врача.

W. G. Bernhard a. A. C. Jordan. **Распознавание менингококковой инфекции посредством получения культур из кожных сыпей.** Стр. 405—409, 2 рисунка. Приведена литература (14 номеров).

Описание приготовления особой питательной среды и техники взятия материала для посевов. Культура менингококка получена в 35 случаях из 40.

L. L. Heimoff. **Биологически ложная положительная серологическая реакция Kahn'a у лиц, получивших стимулирующую дозу токсоида тетануса.** Стр. 419—421. Приведена литература (6 номеров).

Сообщение о 8 случаях указанного в заголовке наблюдения.

V. Heiman. **Холодильник для пищи в полевых условиях.** Стр. 422—423, 1 рисунок, 1 диаграмма.

Описание устройства примитивного ледника для охлаждения и хранения сосудов с готовой пищей на льду.

№ 6, декабрь

G. Cheney. **Пептическая язва и питание.** Стр. 446—454, 1 диаграмма. Приведена литература (12 номеров).

Из 418 больных пептической язвой в 31 случае обычное лечение не дало облегче-

ния. При назначении специальной диэты в 4 200 калорий с добавочной дачей витамина U («противоязвенный фактор») две трети этих больных совершенно освободились от болезненных явлений, а вообще улучшение наблюдалось у 87% этих не поддававшихся другому лечению больных.

H. Rogers. **Свищи копчиковой области. Показания к лечению у военнослужащих в военное время.** Стр. 454—457.

Надежного и быстрого способа лечения нет. Хирургическое лечение непригодно для военных в условиях войны. Надо использовать все возможные меры консервативного лечения.

J. M. Hayman. **Менингококкемия.** Стр. 457—462. Приведена литература (15 номеров).

Клиническое описание пяти случаев.

A. B. Berkove. **Перитонзиллярный абсцесс.** Стр. 462—466. Приведена литература (9 номеров).

Описание болезни и плана консервативного лечения на основе 467 случаев.

A. B. Berkove. **Офталмологическая статистика.** Стр. 466—469.

Обзор более 7 000 случаев, наблюдавшихся в госпитале на 1 500 коек.

J. L. Smith a. F. W. Stevens. **Применение сульфаниламида при хирургическом лечении периапикально инфицированных передних зубов.** Стр. 470—474, 8 рисунков.

Описание метода лечения, дававшего хорошие результаты.

N. J. Giannestras. **Лечение переломов голеностопного сустава и переломов тела большеберцовой и малоберцовой кости в стационарных госпиталях и на постах медицинской помощи в боевой зоне.** Стр. 474—481, 7 рисунков.

Даны общие принципы лечения, классификация и специальное лечение указанных видов переломов.

L. Pulsifer. **Жалобы обучающихся солдат на желудочно-кишечные расстройства с точки зрения психиатра.** Стр. 481—485. Приведена литература (7 номеров).

Указывается на весьма значительное количество чисто психогенных расстройств. Описаны четыре случая.

S. S. Silverman. **Висмутовый стоматит во время лечения сифилиса в армии.** Стр. 486—489, 2 рисунка. Приведена литература (9 номеров).

Общий очерк заболевания.

E. D. Greenwood, H. L. Snider a. M. M. Senti. **Программа психологического исследования в стационарном военном госпитале.** Стр. 489—495. Приведена литература (11 номеров).

C. C. Johnston. **Съемная гипсовая колосовидная повязка и вытяжение в шине Томаса при лечении перелома бедра.** Стр. 495—497, 6 рисунков.

Описание предлагаемого способа.

S. S. Rubin. **Грибковые поражения кожи как проявление аллергии.** Стр. 497—501.

Описание болезни, распознавание, частота случаев, лечение; описание трех случаев аллергической сыпи на руках.

W. F. Shannon a. E. L. Zielinski. **Применение солянокислого прокаина при внутримышечном введении натриевой соли пенициллина.** Стр. 501.

На основании лабораторного и клинического изучения рекомендуется применять небольшое количество 2% прокаина при каждой внутримышечной инъекции пенициллина.

F. S. Schlenker. **Определение сульфатиазола, сульфаниламида и сульфадиазина в фильтрате крови с добавленной к ней сульфосалициловой кислотой.** Стр. 502—505.

Рекомендуется обработка крови сульфосалициловой кислотой для количественного определения содержания сульфамидных препаратов.

F. A. Dolce. **Дерматит у солдат, вызванный обувью.** Стр. 505—507. Указана литература (7 номеров). Приведены три случая.

A. M. Freedman a. I. A. Mirsky. **Агглютинины охлаждения при болезнях дыхательных путей.** Стр. 512—515. Приведена литература (4 номера).

Произведено 420 исследований крови у 225 человек на присутствие агглютининов охлаждения, 35 человек больных первичной атипичной пневмонией, 48 человек больных различными заболеваниями дыхательных органов, 39 человек с иными заболеваниями, 107 здоровых людей. Вывод — присутствие агглютининов охлаждения в кровяной сыворотке не патогномонично для какого-либо заболевания.

M. O. Zucker. **Новый способ хирургического лечения варикоцеле.** Стр. 515—517. Приведена литература (7 номеров).

Описание рекомендуемой автором простой хирургической операции для лечения варикоцеле.

E. Mozes. **Складные носилки.** Стр. 517—518, 1 таблица рисунков.

Описание импровизированных носилок простого устройства.

Редакционная статья (J. M. P.). **Не воспетые герои.** Стр. 519.

О деятельности на войне младших медицинских работников.

Доктор мед. наук Л. М. Старокадомский

★ БИБЛИОТЕКА

Стр.

2. Упрощенная методика предварительного определения солей тяжелых металлов в пищевых продуктах и фураже . . . 31
Майор мед. службы Э. И. Клец. К вопросу об обследовании пищевиков на дизентерийное и тифозно-паратифозное бацилло-носительство 32
Майор мед. службы канд. мед. наук М. Х. Елин. К методике функционального лечения огнестрельных повреждений двигательного аппарата 33
Проф. докт. техн. наук Д. Христодуло. О заготовке хирургических нитей из конского волоса 34
Майор мед. службы И. В. Филатов. Стерилизатор для перевязочного материала для войсковых частей 35

В ГЛАВНОМ ВОЕННО-САНИТАРНОМ УПРАВЛЕНИИ КРАСНОЙ АРМИИ

Полковник мед. службы И. Д. Макаров. В Ученом медицинском совете при начальнике Главсанупра Красной Армии 37

ИЗ ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

И. М. Гейзер. Матвей Яковлевич Мудров 41
Доц. И. Я. Бычков. Иностранное законодательство о военно-санитарных кадрах 43

РЕФЕРАТЫ

Докт. мед. наук Л. М. Старокадомский:
Мышечные грыжи голени . . 49
Лечение ожогов давящей повязкой и пленками с сульфамидом 49

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФИЯ

Доц. З. Быховский. Рецензия на книгу генерал-майора мед. службы Н. А. Молодцова, генерал-майора мед. службы А. В. Рахманова и др. „Краткое руководство по военно-врачебной экспертизе" 50
Полковник мед. службы Я. Н. Кричевский. Рецензия на книгу К. Я. Белицкой „Система учетно-статистических показателей санитарной службы действующей армии" 50
Докт. мед. наук Л. М. Старокадомский. Библиографический обзор „Военный врач" (США), 1944 г. 2-е полугодие 52

Page

2. A simplified methods for preliminary detection of the heavy metals in the food stuffs and in the forage 31
E. I. Kletz, Major, Medical Corps. Concerning examination of food workers on the dysenteric and typhoid-parathyphoid bacilli-carrying 32
Cand. in med. sci. M. Kh. Velin, Major, Medical Corps. To the methods of functional treatment of the gunshot damages of the mo or apparatus 33
Prof D. Khristoduio. Dr. of techn sci. On the storing of the surgical sutures from the horse-hair 34

I. V. Filatov, Major, Medical Corps. A sterilizator of the dressing materials for the units of an army 35

IN THE HEAD MILITARY SANITARY OFFICE OF THE RED ARMY

In the scientific medical council by the Surgeon General of the Red. Army Rev. by I. D. Makarov, Colonel, Medical Corps 37

FROM THE HISTORY OF THE MILITARY MEDICINE

I. M. Geiser. Matvei Yakovlevich Mudrov 41
Doc. I. J. Bychkov. The foreign legislation about the military sanitary cadres 43

ABSTRACTS

L. M. Starokadomsky, M. D. The muscular hernias of the shank 49
The local treatment of the burns with pressing bandage and by the films with sulphonamids . 49

CRITICISM AND BIBLIOGRAPHY

N. A. Molodtzov, Major-general, Medical Corps, a. o th. A short textbook on the military medical examination, rev. by Doc. Z. Bykhovsky 50

K. J. Bielitskaya, The system of counting statistical indices of the sanitary service of the active army, rev. by J. N. Krichevsky, Colonel, Medical Corps 50

L. M. Starokadomsky, M. D. Bibliographical review „Military Surgeon", 1944, July-December 52

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ КРАСНОЙ АРМИИ

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

12

ДЕКАБРЬ

МЕДГИЗ • 1945

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Подполковник мед. службы Л. С. Кадин. Краткий анализ итогов лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий войск N-ской армии от Вислы до Одера 3

Полковник мед. службы Т. Я. Арьев и ст. лейтенант мед. службы М. К. Щепина. Итоги врачебного обследования возвращенных в строй раненых . . . 11

Канд. мед. наук Н. И. Григорьев. Лечение слепых ранений легких в тыловом госпитале 14

Майор мед. службы канд. мед. наук В. И. Воробцов. Опыт работы уролога в армейском и войсковом районах . . 21

Канд. мед. наук Я. М. Свядощ. О парциальной и тотальной форме истерической глухоты и глухонемоты 23

Майор мед. службы С. Е. Шапиро. Ошибки диагностики брюшного тифа на этапах эвакуации войскового и армейского районов. 26

Майор мед. службы В. З. Яньшин. Пневмонии от аспирации бензина 29

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Генерал-лейтенант мед. службы Н. И. Завалишин. Контрольно-эвакуационный госпиталь (КЭГ) 33

Полковник мед. службы В. Н. Шустов. Об отдельной роте медицинского усиления (В порядке обсуждения статьи А. С. Георгиевского, напечатанной в „ВМЖ“ за июль — август 1944 г.). 38

В МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ И НА НАУЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ

В военно-медицинской академии им. С. М. Кирова

Юбилей выдающихся ученых . . . 42

CONTENTS

MEDICINAL PROPHYLACTIC QUESTIONS

L. S. Kadin, Lieutenant-Colonel, Medical Corps. A short analysis of items of the medicinal — evacuational security of the battles of the N. army as far as from Visla till Oder 3

T. J. Ariev, Colonel, Medical Corps, and M. K. Shchepina, First. Lieutenant Medical Corps. Results of the medical examination of wounded returned to the ranks 11

N. I. Grigoriev, Cand. in med. sci. The treatment of the blind wounds of the lungs in a rear hospital 14

V. I. Vorobtsov, Cand. in med. sci, Major, Medical Corps. Experience in the work of an urologist at the army and troop regions 21

J. M. Sviadoschch Cand. in med. sci. On the partial and total forms of the hysterical deafness and deafmutness 23

S. E. Shapiro, Major, Medical Corps. Fallacies ot the diagnosis of typhoid at the stages of evacuation of the troop and army regions 26

V. Z. Yanjshin. Pneumonias from aspiration of the benzene 29

ORGANIZATION AND TACTICS OF THE MEDICAL SERVICE

N. I. Zavalishin, Lieutenant-General, Medical Corps. A controlling evacuational hospital . . . 33

V. N. Shustov, Colonel, Medical Corps. On the separate company of medical reinforcement (On purpose to discuss A. S. Georgievsky's paper, inserted in M. M. J., July — August 1944) 38

IN THE MEDICAL ASSOCIATIONS AND ON THE SCIENTIFIC CONFERENCES

In the Military Medical Academy for name S. M. Kirov. Jubilee of the eminent scientists 42

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
КРАСНОЙ АРМИИ

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ

Ответственный секретарь
полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ

Члены редколлегии:

генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-полковник медицинской службы Н. Н. БУРДЕНКО,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал-лейтенант медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН

12

ДЕКАБРЬ

БИБЛИОТЕКА

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
«МЕДГИЗ» — 1945

ВНИМАНИЮ ПОДПИСЧИКОВ
„ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОГО ЖУРНАЛА“ 1945 года

Издательство уведомляет подписчиков, что задержавшиеся выпуском номера „Военно-медицинского журнала“ за 1945 год будут разосланы подписчикам по выходе из печати дополнительно.

Медгиз

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 160.

Отв. редактор *Е. И. Смирнов*

Издается с 1823 г. А05128. Сдано в производство 11/III 1946 г. Подп. к печ. 15/V 1946 г. Ф. бум. 70×108/16 П. л. 4. Авт. л. 7,24. Зн. в 1 п. л. 72400
Цена 2 руб. Тираж 8883 Заказ 143

13-я тип. треста „Полиграфкнига“ ОГИЗа при СНК РСФСР.
Москва, Денисовский, 30

Подполковник мед. службы Л. С. КАДИН

КРАТКИЙ АНАЛИЗ ИТОГОВ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ ВОЙСК N-СКОЙ АРМИИ ОТ ВИСЛЫ ДО ОДЕРА

«Объем работы, выбор методов лечения в полевых подвижных лечебных учреждениях часто диктуются не столько медицинскими показаниями, сколько боевыми условиями, положением дел на фронте, количеством поступающих раненых и больных, количеством полевых лечебных учреждений и эвакуационных средств на данном эвакуационном направлении».

Е. И. Смирнов

Лечебно-эвакуационное обеспечение крупнейшей за время Отечественной войны наступательной операции одной из армий Первого Белорусского фронта представляет большой интерес.

Заранее составленный лечебно-эвакуационный план обеспечения операции с учетом обстановки фактически был претворен в жизнь.

По замыслу командования армии после прорыва глубоко эшелонированной и сильно укрепленной обороны немцев на Висле войска должны были выйти на оперативный простор и стремительно двинуться вперед.

В оперативно-тактическом и санитарно-тактическом отношении боевые действия N-ской армии от Вислы до Одера расчленяются на три неодинаковых по длительности периода: 1-й период — с 14.I по 18.I — штурм и прорыв обороны немцев на Висле; 2-й период — с 19.I по 31.I — стремительное наступление до берегов Одера; 3-й период — с 1.II по 28.II — захват, расширение и укрепление плацдармов на западном берегу Одера.

Первый период весьма непродолжительный, длившийся всего 5 дней, являлся решающим для успеха всей операции. Эта фаза характеризовалась единовременным поступлением значительного количества раненых.

Второй период отличался от первого незначительными санитарными потерями. Отличительной его особенностью было стремительное продвижение вперед боевых частей и вслед за ними лечебных учреждений. Последние должны были, не отставая от своих частей, оказать надлежащую помощь раненым и больным, обеспечить их соответствующим уходом и эвакуировать в тыл. Этот период представил для медицинских учреждений чрезвычайно большие трудности и заставил разрешать весьма сложные задачи.

Третий период — стабилизации фронта, продолжавшийся весь февраль, предъявил большие требования к медицинской службе, особенно войскового района, в связи с трудностями оказания помощи раненым, выноса и вывоза их с поля боя на плацдарме, подвергавшемся систематическому и жестокому огневому воздействию противника.

Чтобы сделать понятной санитарно-тактическую обстановку, в которой протекала лечебно-эвакуационная работа, необходимо вкратце остановиться на оперативно-тактической обстановке операции.

Оперативно-тактическая обстановка

Штурм сильно укрепленной глубоко эшелонированной немецкой обороны с привисленского плацдарма начался утром 14.I.1945 г. мощной артиллерийской подготовкой. Уже в первый день противник был оттеснен с первых линий обороны до восточного и юго-восточного берегов р. Пилицы. 15.I части N-ской дивизии первыми форсировали р. Пилицу и овладели населенным пунктом Михалув и прилежащим районом. Дальнейшее наступление войск обеспечило тактический, а затем и оперативный успех, обусловивший возможность быстрого продвижения в направлении на северо-запад к берегам р. Нетце. Эта река была форсирована с ходу. Войска вступили на германскую территорию и в первый же день боев в Германии овладели г. Дукатц-Крейцем. Дальнейшее стремительное наступление войск привело к захвату территории вдоль северного берега р. Варты, вплоть до места ее слияния с Одером. В начале февраля войска армии подошли к г. Ландсбергу. Здесь противник, сосредоточив крупные силы, оказал упорное сопротивление. 2.II был форсирован последний водный рубеж на пути к Берлину— Одер. На западном берегу реки был создан плацдарм размером 2 × 8 км. В последующем велись упорные бои за расширение плацдарма, который до конца февраля продолжал оставаться весьма узким. Кроме того, противник сохранил на восточном берегу Одера плацдарм в районе города Кюстрина. Город-крепость Кюстрин оставался в руках противника и пал 12.III.1945 г.

В последние дни января на всех участках действий наших войск возросла активность авиации противника. Особенно активными оказывались действия авиации противника в районе переправ через Одер и на плацдарме. Переправы подвергались бомбардировкам и пользование ими днем было затруднено. Вследствие малой глубины и отсутствия естественных укрытий плацдарм легко подвергался прицельному огню противника. Это обстоятельство и контратаки противника обусловили санитарные потери в феврале, превосходившие январские.

Организационные особенности и отдельные санитарно-тактические моменты

Доминирующей идеей в построении лечебно-эвакуационного обеспечения операций на привисленском плацдарме явилось, помимо обеспечения раненых медицинской помощью, сохранение МСБ мобильными, способными тотчас же после прорыва обороны противника неотступно следовать за своими соединениями.

С этой целью был принят на период штурма укрепленной полосы противника следующий вариант лечебно-эвакуационного плана. МСБ действующих дивизий, полностью развернувшись для работы, принимали на себя только легко раненых, оставляя у себя ходячих со сроком лечения 6—7 дней. Выше этого срока эвакуировали непосредственно в АГЛР, минуя ХППГ. Вместе с тем весь контингент раненых средней тяжести и тяжело раненых поступал из ПМП, минуя МСБ, непосредственно в расположенные на плацдарме ХППГ первой линии. Армейские госпитали должны были принимать большой интенсивности поток тяжело раненых, поэтому они были усилены за счет резервных госпиталей армии. Каждому из трех ХППГ первой линии, работавших на плацдарме, было придано по одному хирургическому отряду, состоявшему из 5 врачей, 12—15 медицинских сестер и 15 санитарок(в). Эти отряды были оснащены полным комплектом хирургического имущества, двумя палатками ДМП и 2—3 ПМП, что позволяло им развернуть самостоятельный операционно-перевязочный блок на 9 столов. Кроме того, эти госпитали были усилены общехирургическими группами ОРМУ

и им были приданы спецгруппы для обеспечения квалифицированной помощи раненным в голову. Последним в ХППГ первой линии оказывалась специализированная помощь в объеме, положенном для МСБ: по витальным показаниям производились оперативные вмешательства, обеспечивалась транспортная иммобилизация (при переломе челюстей, позвоночника), после чего эти раненые эвакуировались непосредственно в спецгоспитали фронтового тыла.

Необходимость разделения потоков раненых на ПМП определяла необычайно большое значение ПМП в организации диференцированной медицинской сортировки. Кроме того, перед ПМП была поставлена задача широко развернуть борьбу с шоком путем применения во всех необходимых случаях переливания крови или заменителей и новокаиновой блокады.

Для обеспечения этой последней задачи и освоения непривычной для ПМП функции — сортировки раненых для эвакуации по назначению — к ПМП были прикреплены группы медперсонала из МСБ во главе с хирургом. Сокращенный объем хирургической помощи МСБ позволял безболезненно осуществлять это мероприятие.

Таким образом, функции этапов санитарной эвакуации в начале боевой операции у Вислы видоизменились.

1. ПМП играл роль диференцированного сортировочного пункта с увеличенным объемом противошоковых мероприятий.

2. МСБ, наоборот, оказывал хирургическую помощь в суженном объеме: а) производя немногочисленные оперативные вмешательства по жизненным показаниям; б) проводя борьбу с шоком; в) оказывая хирургическую помощь легко раненым.

3. Госпиталям первой линии отводилась роль МСБ. Хирургическая деятельность госпиталей усилилась вмешательствами при полостных ранениях и тяжелых ранениях конечностей.

4. Фронтовые госпитали выполняли функцию госпитальной базы армии. Это позволило освободить ХППГ первой линии от специальной хирургической помощи (ранения черепа, лица, глаза, спецобработка переломов бедра и ранений суставов).

В первые 3 дня боев и особенно во 2-й и 3-й день поток раненых был особенно интенсивным. В некоторых соединениях поступление раненых на отдельные ПМП приняло массовый характер с первых часов боя. Обеспечение выноса раненых силами медработников наступавшего полка оказалось непосильным. В помощь им был брошен резерв санитаров двух стрелковых полков этой дивизии, не участвовавших в бою, а на обработку раненых — медперсонала двух остальных полков. Тем не менее часть раненых пришлось направить прямо в МСБ. Такое же положение сложилось на ПМП другой дивизии. Здесь к 15—16 часам дня 14.I.1945 г. скопилось свыше 150 раненых. Несмотря на то, что на ПМП работала группа из МСБ и медицинские работники ПМП соседнего недействовавшего полка, обслужить весь поток раненых не было возможности. Часть раненых была направлена без документации и без введения сыворотки в МСБ, часть носилочных — в ХППГ первой линии. Одновременно к месту расположения ПМП была выброшена оперативная группа МСБ, оказывавшая медицинскую помощь раненым на месте.

В последующие этапы наступательной операции (с 19.I), когда боевые части стремительно продвигались вперед, армия в целом серьезных потерь не понесла. Обычно при столкновениях с отдельными группировками врага полки несли потери. Но так как МСБ на том или ином отрезке пути отставали от полков, то происходило скопление раненых на ПМП. В этот период недостаток горючего заставил МСБ перейти на гужевой транспорт. Это задерживало их продвижение. Таким образом, в отдельных случаях МСБ, приходя в тот или иной населенный

пункт, были вынуждены немедля развернуться в месте скопления раненых.

В этот период МСБ в основном выполняли обычный объем работы, но в некоторых случаях часть необработанных раненых направлялась в расположенный вблизи госпиталь. Система армейского лечебно-эвакуационного обеспечения в эту фазу операции сводилась к последовательному развертыванию отдельных госпиталей, которым придавались спецгруппы ОРМУ, терапевт и инфекционист. Такое последовательное развертывание госпиталей возможно было осуществить лишь потому, что вслед за войсками неотступно следовала группа резервных госпиталей.

Развертывание госпиталей цепочкой по пути армии вполне обеспечивало медпомощь при небольших санитарных потерях. Обычно госпитали располагались на основных путях подвоза и отстояли не более чем в 5—8 км от МСБ. В некоторых случаях госпитали развертывались в пунктах, пройденных только подвижными отрядами корпусов и армии, до прихода в эти пункты основных частей армии. Столь быстрое и неотрывное от войск следование госпиталей обеспечивало быструю эвакуацию раненых из МСБ в армейские лечебные учреждения, а иногда с ПМП, минуя МСБ, в ХППГ.

Громадную роль в дальнейшем успешном продвижении госпиталей армии сыграла помощь, оказанная Военным советом армии, предоставившим в январе одновременно 120 автомашин, что позволило сразу выбросить госпитали вперед.

Необходимость быстрого продвижения госпиталей вперед при одновременном остром недостатке горючего и бездействующих железных дорогах вынуждала формировать госпитали, обеспеченные лишь основными кадрами личного состава и самым необходимым медицинским имуществом. Разведка мест предстоящей дислокации показала, что там имеется достаточно хорошо сохранившийся жилищный фонд, большое количество мягкого инвентаря и продовольствия. Это облегчило продвижение госпиталей, которые могли сдать значительную часть своего имущества и продовольствия на склады ПЭП или оставшимся госпиталям.

Имевшиеся в распоряжении медицинской службы армии медицинские спецгруппы даже при их дроблении не могли обеспечить все работавшие госпитали. Поэтому группы ОРМУ, обслужив раненых в одном госпитале, переезжали вперед в следующий. Так продолжалось до 10.II.

Как только был захвачен плацдарм на Одере, 2.II ночью туда в 15 км от переднего края прибыли три ХППГ. Один из них развернулся 3.II утром, два 4.II к исходу дня. В тот же день там развернулся госпиталь легко раненых. Так как в МСБ к 3.II скопилось много раненых, все развернутые госпитали к 5.II были заполнены ранеными и специализацию госпиталей удалось осуществить лишь 10—12.II, когда подтянулись другие госпитали.

Вследствие малой глубины плацдарма на Одере и отсутствия естественных укрытий противник имел возможность вести методический прицельный обстрел всего плацдарма, принимавший порой шквальный характер. БМП и ПМП, расположенные на плацдарме, находились в зонах систематического обстрела. Вынос раненых с поля боя днем был сопряжен с большими трудностями и опасностью. Доставка раненых на БМП и ПМП в дневное время была затруднена и осуществлялась преимущественно ночью. Кроме того, сроки доставки раненых с ПМП и из МСБ также удлинялись, так как перевозка раненых через Одер в дневное время была опасна, а зачастую и невозможна. Переправа ожесточенно обстреливалась артиллерией противника и бомбардировалась с воздуха. Поэтому раненые нередко задерживались на ПМП до на-

ступления темноты. В результате лишь $^2/_3$ раненых были доставлены в феврале на ПМП в первые 4 часа после ранения, 23,7% раненых поступили в МСБ позже суток после ранения.

Анализ лечебно-эвакуационной работы

Указанное построение лечебно-эвакуационного обеспечения боевых операций армии определило особенности работы и итоги хирургической работы в январе. В феврале организация лечебно-эвакуационной работы была построена по общепринятой схеме, что обусловило совершенно иные итоги и показатели хирургической работы, резко отличавшиеся от январских.

Если взять загрузку различных этапов эвакуации в различные фазы боевой операции и принимать количество прошедших на плацдарме через ПМП раненых за 100, то окажется, что в первом периоде через МСБ

Таблица 1

Фаза боевой операции	Загрузка		
	ПМП	МСБ	ХППГ
	%	%	%
I период (14.I — 18.I)	100	58,3	59,0
II „ (19.I — 31.I)	100	53,1	128,2
III „ (февраль)	100	97,7	130,3

прошло лишь 58,3% раненых. Это объясняется тем, что в МСБ направлялись преимущественно легко раненые. В ХППГ первой линии поступило лишь 59% раненых, прошедших через ПМП, так как свыше 40% раненых пошло по назначению в спецгоспитали и ГЛР фронта, минуя ХППГ первой линии, а нередко минуя и МСБ. Во второй период боевой операции через МСБ прошло лишь 53,1% раненых, пропущенных ПМП. В то же время госпитали не только приняли всех раненых с ПМП, но пропустили на 28,2% раненых больше, чем их было принято ПМП. Это объясняется тем, что госпитали, как указано выше, нередко принимали раненых непосредственно от ПМП. В феврале через ПМП и МСБ прошло одинаковое количество раненых. В ХППГ поступило 130,3% раненых, что обусловлено потоком раненых из соседних районов, а также перевозками из одного госпиталя в другой с последующим двойным учетом (табл. 1).

Если взять поступление раненых в госпитали первой линии в первые 5 дней наступления, представляющие наибольший интерес, то окажется, что из общего количества пораженных в бою за эти 5 дней поступило в госпитали: 14.I—21,4%, 15.I—40,7%, 16.I—20,7%, 17.I—9,5%, 18.I—7,7%.

Освобождение госпиталей первой линии шло довольно планомерно: если принять цифру ежедневной загрузки ранеными всех госпиталей за 100, то процент эвакуированных за день выразится в следующих цифрах (табл. 2).

Таблица 2

Дата	Загрузка	Эвакуировано (в %)
14.I	100	26,5
15.I	100	44,1
16.I	100	48,7
17.I	100	35,3
18.I	100	44,2
19.I—31.I	100	50,2

При этом на эвакуацию за пределы армии на ГБФ по отдельным дням приходилось (общей загрузки за день): 14.I — 5%; 15.I — 22,6%; 16.I—25,3%; 17.I—15%; 18.I—15,9%; с 19.I по 31.I—36,7%.

В ближний фронтовой тыл среди прочих эвакуировались также многочисленные раненые, нуждавшиеся в специализированной помощи, и несомненно, что эвакуация во фронтовой тыл была недостаточной.

В первую фазу боевой операции смертность была высокой (6,4%) в ХППГ первой линии, где концентрировались наиболее тяжелые раненые. Во вторую фазу МСБ, выполнявшие теперь свой обычный объем хирургической работы и вынужденные временами задерживать у себя раненых, имели 5,9% смертности. В ХППГ смертность в этот период оставалась значительной — влияние тяжелых контингентов раненых первых 5 дней наступления. В третью фазу смертность снизилась на ПМП (0,9%) и в госпиталях до обычной для них величины (2,3%). Легко уязвимая для огня противника местность плацдарма и интенсивный обстрел ее делали невозможным вынос раненых с поля боя днем, и тяжело раненые до ПМП в феврале не доходили.

Шок

Шок на ПМП в первые два периода наступления зарегистрирован в 2,6%. Несомненно, он встречался чаще, но в период наступательных боев, при больших потоках раненых и спешной работе документация бывает неточной. Это отражается на статистике шока. В феврале, когда поток раненых в два раза превысил январский, но поступление было равномерным, шок на ПМП регистрировался чаще и достигал 3,8%. В МСБ в январе шок наблюдался в 4,5%. В феврале в МСБ пошел поток тяжело раненых и частота шока возросла до 5,5%. Иная картина была в госпиталях. В первую фазу наступления шок наблюдался в 5,2%; во втором периоде, когда в госпиталях уже не было концентрации тяжело раненых и поступали смешанные потоки, процент шока снизился до 2,5. В феврале, когда лечебные учреждения выполняли свои обычные функции, шок в ХППГ снизился до обычной для госпиталей величины — 0,9%.

Всего переливаний крови и заменителей сделано на ПМП в январское наступление 2,6%, в феврале — 3,5%. В МСБ, принимавших преимущественно легко раненых, сделано переливаний крови 8,8%. В госпиталях, принимавших в боях на плацдарме весь контингент тяжело раненых, процент переливаний крови за первые 5 дней достиг 11, в последующие дни января — 14,6; в феврале показатели переливания крови изменились: в МСБ процент переливаний поднялся до 13,7, в ХППГ снизился до 6,4.

Хирургическая активность и послеоперационная смертность

В первую фазу боев в МСБ было оперировано 52,5%. Соответственно небольшому числу тяжело раненых послеоперационная смертность была низкая — 0,8% (табл. 3).

Таблица 3

Фаза боевой операции	МСБ		ХППГ	
	оперировано в %	последующая смертность в %	оперировано в %	последующая смертность в %
14—18.I	52,5	0,8	76,6	3,2
19—31.I	36,2	6,2	66,5	3,8
Февраль	77,6	3,2	33,0	3,1

В тот же период в ХППГ первой линии количество операций составляло 76,6%, а послеоперационная смертность — 3,2%. Во вторую фазу боев МСБ оперировали преимущественно по жизненным показаниям, поэтому процент операций в них не превышал 36,2%, а послеоперационная смертность была высокой — 6,2%. В госпиталях во вторую фазу количество операций было высоким — 66,5%. Послеоперационная смертность в ХППГ в этот период составляла 3,8%. Диаметрально противоположные соотношения сложились в третью фазу операции в феврале. Количество операций в МСБ было 77,6% с послеоперационной смертностью 3,2%. Соответственно резко снизился процент операций в госпиталях (до 33) с послеоперационной смертностью 3,1%.

Хирургическая активность и смертность при полостных ранениях

Ранения черепа с повреждением костей в первой фазе боев в МСБ и в госпиталях первой линии оперировались только по жизненным показаниям. Во второй период хирургическая активность в МСБ и в госпиталях была недостаточной. В третий период количество операций в МСБ было, как обычно, небольшое, в госпиталях же достигло 68,3%; послеоперационная смертность не превышала 9%; общая смертность составляла 18,7%.

Проникающие ранения груди с открытым пневмотораксом. МСБ в первый период приняли лишь 22 раненых с открытым пневмотораксом, из них оперировано 11 человек. В ХППГ первой линии оперировано 73,4%. В МСБ в первый период послеоперационная и общая смертность выражалась единицами. В госпиталях за тот же отрезок времени умерло после операции 21%, общая смертность была 32,6%. Во второй период из 20 случаев с открытым пневмотораксом оперировано только 12, 7 человек погибли. Объясняется это поздними сроками поступления раненых

В госпиталях процент операций был также небольшой ввиду того, что большое количество раненых оставалось на лечении с первых дней боевой операции и не нуждалось в оперативном вмешательстве. Общая смертность среди этого контингента составляла 25,5%.

В феврале, в третий период, герметизация пневмоторакса была произведена в МСБ в 88% всех случаев. В госпиталях количество операций снизилось до 46,2%. Операции производились преимущественно по поводу осложнений при ранениях груди. Послеоперационная смертность в МСБ — 28%, общая — 36%. В госпиталях, не имевших в феврале дела с острой травмой, послеоперационная и общая смертность соответственно ниже: 13,4 и 20,7%. Чрезвычайно показательны соотношения цифр общей смертности при проникающих ранениях груди.

В январе в МСБ общая смертность при ранениях груди достигала 4,2%, в госпиталях — 11,7%. В феврале смертность в МСБ была 7,1%, в госпиталях снизилась до 4,7%, т. е. величина смертности изменялась соответственно характеру и объему хирургической помощи, производившейся в лечебных учреждениях.

Ранения брюшной полости. В первый период боев ранения живота в МСБ оперировали в единичных случаях, когда раненый не мог перенести дальнейшей эвакуации даже на короткое расстояние. Поэтому в МСБ было оперировано только 8 человек; в ХППГ оперировано 93% всех поступивших раненных в живот.

Во второй период МСБ оперировали все ранения брюшной полости, в ХППГ оперировано 79,1%. Послеоперационная смертность на обоих этапах была высокой: в МСБ — 100%, в ХППГ — 73,7%. Столь высокую смертность следует объяснить поздним поступлением раненых в МСБ и ХППГ.

В феврале в МСБ оперировано 70,1% всех раненных в живот; следует учесть труднейшие условия выноса с поля боя и задержку вывоза с плацдарма, что увеличивало процент не подлежащих операции. В госпиталь поступали в основном раненые после лапаротомии, поэтому процент операций в ХППГ не превысил 20,1.

Послеоперационная смертность при ранениях брюшной полости на обоих этапах не превышала 46—47,8%, общая смертность в МСБ достигала 58,2%, а в госпиталях не превышала 22,8%.

Анаэробная инфекция

Из табл. 4 видно, что в первый период в МСБ осложнение ран анаэробной инфекцией наблюдалось лишь в 0,29%; в МСБ поступало в

Таблица 4

Частота анаэробной инфекции и смертность от нее

Фаза боевой операции	Частота в %		Смертность в %	
	МСБ	ХППГ	МСБ	ХППГ
14—18.I . . .	0,29	1,4	16,6	0
19—31.I . . .	1,5	2,3	0	20,9
Февраль . . .	0,9	1,3	38,2	41

первые дни наступления небольшое число тяжело раненных в конечности; быстрая эвакуация раненых из МСБ также явилась причиной редкого осложнения ран инфекцией в МСБ. Во второй этап боев, когда раненые попадали в МСБ с некоторым запозданием или задерживались в МСБ до подхода госпиталей, процент осложнений анаэробной инфекцией поднялся до 1,5. В госпиталях в первый период анаэробная инфекция имела место в 1,4%. Во второй период частота осложнений анаэробной инфекцией в госпиталях возросла. В феврале частота газовой гангрены в МСБ снизилась до 0,9%; это все же значительное количество обусловлено задержкой с выносом и вывозом раненых с поля боя и некоторым запаздыванием в связи с этим хирургической обработки. В госпиталях частота осложнений ран газовой инфекцией в феврале также снизилась по сравнению с предыдущими двумя периодами, но все же оставалась значительной (до 1,3%).

Смертность от анаэробной инфекции в первый период была небольшой (в МСБ — 16,6%, в госпиталях — 0). Во второй период в МСБ летальных исходов не было, в ХППГ умерло 20,9%. В феврале в МСБ умерло 38,2%, а в ХППГ — 41%.

Осложнение ран анаэробной инфекцией бывает главным образом при запоздалой хирургической обработке, которая в свою очередь зависит от позднего выноса раненого с поля боя и от поздней доставки его в МСБ. С целью предупреждения развития газовой инфекции была введена обязательная присыпка всех ран порошком сульфамидного препарата «марфанилпронтальбин», которым были снабжены все ПМП и МСБ.

Возвращение в строй

Стремительное продвижение армии, а в месте с нею и лечебных учреждений вперед не давало возможности задерживать контингенты, подлежащие лечению на месте и возвращению в часть. Поэтому в январе ПМП возвратили в часть 1,5%, МСБ — 3,4%, а госпитали — только 0,4% лечившихся раненых. В феврале ПМП вернули в строй 3,6%, МСБ — 6,4%, а армейские госпитали — 9,2%.

★

Полковник мед. службы Т. Я. АРЬЕВ и ст. лейтенант мед. службы М. К. ЩЕПИНА

ИТОГИ ВРАЧЕБНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ВОЗВРАЩЕННЫХ В СТРОЙ РАНЕНЫХ

Работа проведена войсковыми врачами под руководством авторов статьи. Перенесшие ранение подверглись врачебному осмотру, причем врачам, производившим осмотр, помимо письменной схемы обследования, разъяснялась и методика его.

Рентгеновских снимков не производилось, но при наличии в документах указаний на перенесенное повреждение костей обращалось особое внимание на клинические признаки бывшего перелома (демаркация, костная мозоль).

Пригодными для выводов оказались данные обследования 3 020 человек.

Работа произведена в течение 1943 г. и протекала непосредственно в зоне расположения рот и батальонов. Таким образом, речь идет исключительно о раненых, возвращенных на строевую службу. Все обследованные не имели функциональных расстройств и, как правило, не предъявляли жалоб после выздоровления.

Из 3 020 человек 1 950 (64,6%) составляли рядовой, 825 (27,3%) — сержантский и 245 (8,1%) офицерский состав.

Перенесших ранения мягких тканей оказалось 2 030 (67,2%). Ввиду особенностей ранения мягких тканей кисти эта группа была выделена. Таких раненых было 175 (5,8%). Всего, таким образом, раненных в мягкие ткани зарегистрировано 2 205.

Ранений с повреждением костей было 599, т. е. 19,8% к общему числу ранений, проникающих ранений крупных суставов — 73 (2,4%), проникающих ранений черепа — 24 (0,8%), проникающих ранений грудной клетки — 91 (3%), проникающих ранений живота — 28 (0,9%).

При определении проникающих ранений обращалось особенное внимание на наличие симптомов, указывающих на перенесенное повреждение синовиальной оболочки суставов, брюшины, плевры и твердой мозговой оболочки.

При отсутствии указаний на эти симптомы ранения относились к группе «мягкие ткани».

Подробный анализ данных обследования дал следующие результаты.

1. Ранения мягких тканей — 2 030 (67,2%)

Все осмотренные имели рубцы разной степени зрелости. В громадном большинстве случаев рубцы ничем не напоминали о себе их носителям. Локализация рубцов не имела в этом смысле значения, за исключением кисти (см. ниже). Таким образом, для наших целей не было необходимости разделения ранений мягких тканей по областям, как это делается в формах № 9, 10 и 11 УВВ, и все эти ранения нами объединены в одну группу.

Распределение по областям в указанных формах следует оставить только для переломов костей и проникающих ранений полостей.

Такая перестройка форм УВВ не только упростит их, но и сделает более оперативными, поскольку сразу выявит наиболее многочисленную группу раненых, заканчивающих лечение в короткие сроки на ближних этапах (ранения мягких тканей и не проникающие в полости).

2. Ранения кисти без перелома костей — 175 (5,8%)

Эта группа раненых имела, как правило, нарушение функции пальцев в результате ранения сухожилий, нервов и перенесенных воспалительных процессов. Утраченная функция компенсировалась здоровыми

пальцами и таким образом существенно не затрудняла строевой службы.

Нам представляется, что рассматриваемая группа ранений мягких тканей имеет право на самостоятельное существование в формах УВВ, так как обладает клиническими особенностями, влияющими и на срок, и на место лечения, и на его результаты.

3. Повреждения костей — 599 (19,8%)

Переломов крупных костей конечностей было 379 (63,3%), переломов фаланг и пястных костей — 185 (31%) (переломы костей плюсны и предплюсны рассмотрены в группе «стопа»), переломы костей черепа (без повреждения твердой мозговой оболочки) и переломов ребер (без повреждения плевры) — 35 (5,7%).

Таким образом, почти 1/3 всех перенесших огнестрельные переломы костей составляют раненные в кисть.

Дальнейший анализ этой группы обнаруживает следующее:

А. Нижняя конечность и таз.

I. Переломы бедра встретились 64 раза (16,6% по отношению ко всей группе «переломов костей конечностей» без кисти). Однако к полным переломам относится только 22, а остальные 42 перелома относятся к неполным (краевые, дырчатые).

II. Переломы голени встретились 79 раз (20,9% всех «переломов костей конечностей» без кисти). При этом малоберцовая кость повреждалась 43 раза, большеберцовая кость — 22 раза, обе кости — 14 раз.

III. Повреждения костей стопы наблюдались 78 раз (20,7% всех «переломов костей конечностей» без кисти). Повреждение костей таза составило 7 случаев (1,8% указанной группы).

Таким образом, из общего количества 379 повреждений костей конечностей на нижнюю конечность и таз приходилось 228 ранений, т. е. 60%.

Б. Верхний плечевой пояс.

I. Переломы костей плеча встретились 57 раз (15% всех «переломов костей конечностей» без кисти).

II. Переломы предплечья— 74 (19,4%), лучевая кость повреждалась 40 раз, локтевая — 18 и обе кости — 16 раз.

III. Ключица и лопатка повреждались 20 раз (5,4%).

Таким образом, на верхнюю конечность приходилось 151 ранение из 379, т. е. 40%.

Обращает на себя внимание тот факт, что переломы лучевой кости составляют более чем половину всех ранений предплечья.

В. Проникающие ранения крупных суставов.

Общее число лиц, имевших несомненные признаки перенесенного проникающего ранения суставов (направление раневого канала в сочетании с анамнезом артрита), составляло 73 человека, т. е. 2,4% к общему числу всех обследованных. В том числе: повреждение коленного сустава имело место 27 раз (37% всех проникающих ранений суставов); повреждение плечевого сустава — 18 раз (24,5%); повреждения локтевого сустава — 13 раз (18%); повреждения голеностопного сустава — 9 раз (12,3%); повреждения лучезапястного сустава — 4 раза (5,5%), повреждения тазобедренного сустава — 2 раза (2,7%).

Таким образом, чаще всего заканчивается полным излечением повреждение коленного сустава, затем плечевого, локтевого, голеностопного, лучезапястного и, наконец, тазобедренного.

При анализе этих цифр надлежит, разумеется, принимать во внимание многие действующие факторы, например, абсолютную частоту ранений коленного сустава, редкость изолированного повреждения лучезапястного сустава и т. п.

4. Проникающие ранения полостей

Проникающих ранений черепа было 24 (0,8%), грудной клетки — 91 (3%) и живота — 28 (0,9%).

Таким образом, общее число раненых этой группы составило 143, т. е. 4,7% всех обследованных.

В группе «проникающие ранения грудной клетки» число имевших открытый пневмоторакс равняется 20 (из 91). Комбинированное ранение грудной и брюшной полости было один раз. Мы отнесли его в группу ранений грудной клетки, поскольку преобладающими были симптомы ранения плевры и легких.

Из 28 раненных в живот не имели повреждений органов брюшной полости 21. Остальные имели ранение следующих органов: тонкий кишечник — 2, толстый кишечник — 2, мочевой пузырь — 2, печень — 1.

Анализ последней группы ранений позволяет констатировать, что возвращаются в строй после всех учитываемых форм полостных ранений. И абсолютное (143), и относительное (4,7%) количество таких возвращенных в строй раненых не мало.

Повидимому, решающим для возвращения в строй при этих ранениях является не характер их, а присоединившееся осложнение (менингит, плеврит, перитонит). Однако очень существенно, что и эта наиболее тяжелая группа раненых может быть полностью излечена и притом далеко не в единичных случаях.

Анализ материалов обследования позволил установить место и сроки окончательного излечения раненых, возвратившихся в строй.

Из 3 020 раненых, вернувшихся в строй, 242 (8%) закончили лечение на ПМП, 640 (21%) — в МСБ, 533 (18%) — в ППГ, 1 605 (53%) — в ЭГ.

Таким образом, более половины закончило лечение вне войскового района.

Излечилось в сроки от 1 до 10 дней 212 человек (7%), от 11 до 30 дней—972 (32%), от 31 до 60 дней—946 (31%), от 61 до 100 дней—540 (18%), от 101 до 150 дней — 259 (9%), от 151 до 200 дней — 55 (1,9%), в срок свыше 200 дней — 36 (1,5%).

Таким образом, подавляющее большинство закончило лечение в течение 1, 2, 3 месяцев (81%). При этом наиболее частым сроком излечения является 1 и 2 месяца.

Рассмотренные материалы позволяют производить схематические расчеты при определении военно-медицинского прогноза контингентов раненых (конечно, с учетом многих других факторов) с точки зрения: 1) возвращаемости в строй, 2) закономерности локализации ранений (отношение числа ранений различных областей), 3) места окончательного излечения (МСБ, ППГ, ЭГ) и 4) срока излечения.

Анализ цифр обнаруживает широкие возможности возврата в строй тяжело раненых. 540 таких бойцов и офицеров, т. е. 13% всех обследованных, возвращены в строй и среди них немало с переломами бедра, голени, плеча, с повреждениями крупных суставов, проникающими ранениями грудной клетки и т. п. Учитывая, что работа производилась в 1943 г. и, таким образом, результаты лечения относятся к первым годам войны, нужно думать, что в последующие годы были сделаны дальнейшие успехи в лечении тяжело раненых.

★

Канд. мед. наук Н. И. ГРИГОРЬЕВ

ЛЕЧЕНИЕ СЛЕПЫХ РАНЕНИЙ ЛЕГКИХ В ТЫЛОВОМ ГОСПИТАЛЕ

Лечение слепых ранений груди представляет одну из важнейших глав торакальной хирургии военного времени. Слепые ранения груди в минувшей войне встречались чрезвычайно часто. Так, общее число проникающих ранений груди в тыловом районе составляет 8% по отношению ко всем раненым. Слепые ранения легких среди проникающих повреждений груди, по нашему материалу, составляют 39%. Большое количество слепых повреждений вообще и в частности легкого объясняется насыщенностью современных армий артиллерией, дающей много осколочных ранений. Повреждения осколками дают больше слепых ранений (74% по нашему материалу по сравнению с пулевыми).

Слепые ранения груди вообще и в частности осколочные являются тяжелыми повреждениями. Кроме непосредственного разрушения тканей, инородные тела несут с собой различные загрязнения, создавая таким образом предпосылки для нагноительного процесса.

Слепые ранения груди, по нашему материалу, дали в четыре раза больше осложнений гнойной инфекцией, чем сквозные ранения. Так, например, эмпиемы плевры в 70% развились на почве слепых ранений и только в 30% при сквозных. Вследствие этого течение слепых ранений груди является более тяжелым.

Наш опыт основан на лечении 15 000 случаев ранений груди, прошедших через торакальные госпитали Молотовской области. При этом мной лично и моими помощниками произведено более 2 500 операций на грудной клетке. По поводу инородных тел грудной клетки произведено 1 000 операций, из них по поводу инородных тел грудной полости — 500. Последние по локализации инородных тел распределяются следующим образом: инородные тела легкого — 350, инородные тела плевральной полости и диафрагмы — 90 и инородные тела средостения и сердца — 60. Инородные тела из сердечной области извлечены в 30 случаях, при этом из мышечной стенки сердца — 10, из перикарда — 20. Удаление инородных тел из грудной стенки и плевры не требует сложных операций и поэтому не представляет специального интереса. Инородные тела сердца и средостения составляют предмет особого рассмотрения. Данное сообщение является кратким разбором нашего материала по извлечению инородных тел из легкого.

Больные с повреждением легкого поступали в наши госпитали в стадии выздоровления или с различными осложнениями. Сюда относятся прежде всего нагноительные процессы в легком и плевре, рецидивирующие кровохаркания и различные болевые синдромы в связи с наличием инородных тел в грудной полости.

Клиническая картина слепых ранений легких довольно характерна. Основными жалобами этой категории больных являются: слабость, боль в груди при дыхании, нередко постоянные колющие боли в боку, кашель, иногда с мокротой и примесью крови, периодическое кровохаркание, одышка. У больных, имеющих нагноительные процессы в плевре и легких, отмечается повышенная температура, редко ознобы, гнойное отделяемое из плевральных свищей (при эмпиемах) и гнойная мокрота (при абсцессах легких).

При объективном исследовании мы обычно имеем: отставание грудной клетки при дыхании на стороне ранения, при эмпиемах некоторое западение грудной стенки пораженной стороны, торакальный свищ. Аускультативно определяется ослабленное дыхание соответственно пораженной доле легкого или по всему легкому у больных, перенесших гемоторакс или гнойный плеврит (фиброторакс), нередко прослушивается шум трения плевры. При эмпиемах над полостью дыхательные

шумы не выслушиваются. Голосовое дрожание ослаблено, перкуторный звук укорочен или тупой (при эмпиемах).

При длительных нагноительных процессах барабанные пальцы и некоторое похудание, температура обычно нормальная или (при задержке гноя) высокая.

При рентгеновском исследовании, кроме наличия инородного тела в легком, обнаруживается разнообразная картина. В одних случаях определяется слабое гомогенное затемнение за счет имевшегося гемоторакса и плеврита (фиброторакс, шварты), в других — инфильтрирование легочной ткани по ходу раневого канала или перифокальная инфильтрация вокруг инородного тела, в третьих случаях имеется нормальная картина легочного рисунка, несмотря на наличие инородного тела. В этих случаях никакой капсулы вокруг инородного тела рентгенологически мы не наблюдали. При эмпиемах, обычно расположенных вблизи инородного тела, имеется картина, напоминающая собой парциальный гидропневмоторакс с ограниченными контурами за счет шварт и фиброзных наложений на плевре.

Абсцессы легкого, развившиеся вокруг огнестрельного инородного тела, не дают четкой картины. Они часто сопутствуют эмпиеме плевры и нередко сообщаются с последней бронхиальным свищом. Только при тщательном исследовании в разных положениях иногда удается обнаружить небольшую полость абсцесса вокруг инородного тела. В остальных же случаях толстые плевральные наложения не дают возможности выявить полость легочного абсцесса. Как правило, плевритическая полость располагается пристеночно и имеет четкие, уплотненные ограниченные контуры, полость же абсцесса имеет внутрилегочное расположение, на дне ее или пристеночно находится инородное тело. Контуры абсцесса нечеткие, тонкие, с небольшой инфильтрацией легочной ткани вокруг. Эти данные и служат отправными пунктами при диференциальной диагностике.

Дыхательная функция легких во всех случаях понижена, так как почти всегда имеется ограничение экскурсии грудной клетки. Иногда отмечается учащенное дыхание (у больных с эмпиемой).

Данные нашего кабинета по лечебной физкультуре показывают, что жизненная емкость легких наших больных в среднем равнялась 2 000—3 000 см³. Минимальная жизненная емкость легких большей частью у раненых с нагноительными процессами была равна 1 000 см³. Интересно отметить одно очень важное обстоятельство: жизненная емкость легких у больных со слепыми и сквозными ранениями при поступлении в наши госпитали была приблизительно одинакова.

В дальнейшем, в связи с изучением эффективности лечебной физкультуры при проникающих ранениях груди, по данным спирометрии было установлено, что жизненная емкость легких при сквозных ранениях увеличивалась и приближалась к норме быстрее, нежели при слепых. В 7,3% случаев при слепых ранениях легких мы имели уменьшение жизненной емкости легких после занятий лечебной дыхательной гимнастикой. Нам удалось также подметить, что чем крупнее инородное тело, чем ближе оно располагается к корню легкого и чем ярче выражены изменения в плевре и легочной ткани, тем жизненная емкость легких меньше.

Со стороны сердечно-сосудистой системы у больных со слепыми ранениями легких отмечается больше изменений, чем при сквозных. Обычно имеется некоторое учащение пульса (от 90 до 110 ударов в минуту), лабильность его. У больных, страдающих эмпиемой, иногда отмечается повышение кровяного давления. Границы сердца чаще в пределах нормы, реже они бывают смещены (при свежих случаях — в здоровую сторону, при хронических, когда на больной стороне происходят

фиброзные изменения, — в больную сторону), сердечные тоны ослаблены.

Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы и появление одышки у некоторых больных надо отнести за счет процессов, происходящих в легких и плевре. Фиброзные наложения в плевре, инфильтраты и абсцессы в легком вокруг инородных тел и по ходу раневого канала, бронхиальные свищи создают затруднения кровообращения в малом кругу, ведут к уменьшению дыхательной поверхности легкого, а отсюда может развиться гипоксемия. На некоторую недостаточность газообмена сердце отвечает усилением своей функции— тахикардией. Таким образом, одышку и тахикардию при легочных ранениях вообще и при слепых в особенности надо относить за счет дыхательной недостаточности. Ликвидация очага в легком или плевре, как правило, ведет к исчезновению описанных явлений.

Исследование крови показало, что в большинстве случаев имелась гипохромная анемия с нормальным количеством лейкоцитов, за исключением случаев, осложненных эмпиемой и абсцессом, где отмечался умеренный лейкоцитоз.

При эмпиемах во всех случаях отмечен сдвиг влево в лейкоцитарной формуле, РОЭ, как правило, ускорена. И чем выше степень анемии и ярче выражены воспалительные изменения в плевре или легком, тем более ускоряется РОЭ. Однако следует отметить, что, несмотря на большую кровопотерю, у некоторых больных заметной анемии мы не наблюдали. При гемотораксах это, повидимому, объясняется раздражающим действием всасываемой крови на эритропоэз. Даже у больных, страдающих длительным рецидивирующим кровохарканием, выраженной анемии отметить не удавалось.

Моча у большинства наших раненых была нормальной, за исключением тех, у которых имелся длительный нагноительный процесс. В этих случаях обнаруживался белок, исчезавший с ликвидацией гнойного очага. Иногда в осадке находились единичные эритроциты. Только в 3 случаях мы имели явления острого диффузного нефрита, развившегося уже в течение стихания нагноительного процесса. В моче были отмечены кровь, белок, зернистые и гиалиновые цилиндры. На лице и ногах были отеки. Кровяное давление было повышено. Больные выздоровели после извлечения инородных тел и ликвидации гнойного очага.

В мокроте обнаруживалась слизь и красные кровяные тельца (у больных, страдающих кровохарканием). При абсцессе легкого не всегда находили гнойную мокроту. Здесь, очевидно, имеет значение связь абсцесса с отводящим бронхом. Там, где абсцесс инкапсулирован, гной находился в замкнутой полости, где же гнойник легкого был связан с наружным бронхиальным свищом, опорожнение его происходило в плевру. Только в тех случаях, когда гнойник легкого вскрывался в бронх и не имел связи с наружной раной или плеврой, была отмечена гнойная мокрота. Наличия обильной гнойной мокроты и эластических волокон в ней нам наблюдать не приходилось. Это, повидимому, объясняется ограниченным и малым деструктивным процессом в легком при абсцессах огнестрельного происхождения; этим они отличаются от абсцессов легкого метапневмонического происхождения.

Таким образом, клиническое течение слепых ранений легкого более тяжелое, чем сквозных. На тяжесть этого течения, на длительность происходящих в легком процессов оказывает большое влияние характер инородного тела и обстоятельства самого ранения. Сюда прежде всего относятся величина инородного тела, поверхность его и характер микрофлоры.

С целью изучения микрофлоры слепых ранений легкого в лаборатории торакального госпиталя (нач. лаборатории Ф. А. Черткова) было

предпринято бактериологическое исследование 80 инородных тел, извлеченных из легкого. Результаты исследования представлены в табл. 1.

Таблица 1

Инородные тела	Число исследований	Инородные тела		Инфицированные инородные тела с выраженными симптомами нагноения
		стерильные	инфицированные	
Осколки	63	8	55 (87,2%)	33 (60%)
Пули	17	9	8 (47%)	1
Всего	80	17	63 (78,7%)	34 (53,9%)

В 63 случаях инородные тела оказались инфицированными (78,7%), причем только в 34 случаях (53,9%) были выражены клинические симптомы нагноения.

Среди осколочных ранений инфекция обнаружена в 55 случаях (87,2%), среди пулевых — в 8 случаях (47%). При инфицированных осколочных ранениях клинические проявления инфекции в виде нагноения наблюдались в 33 случаях (60%), при пулевых — в 1 случае из 8.

Характер обнаруженной флоры представлен в табл. 2.

Таблица 2

Инородные тела	Общее количество исследований	Стрептококк	Перфрингенс	Диплококк	Стафилококк	Стрептококк и перфрингенс	Стафилококк и перфрингенс	Стрептококк и стафилококк	Стрептококк, стафилококк и перфрингенс	Прочие
Осколки	55	18	11	8	7	4	2	—	1	4
Пули	8	2	0	3	1	—	—	1	—	1
Всего	63	20	11	11	8	4	2	1	1	5

Из табл. 2 видно, что превалирующей флорой является стрептококк, стоящий на первом месте, причем в чистом виде он встретился 20 раз, в комбинации с перфрингенс — 4 раза, со стафилококком — один раз, со стафилококком и перфрингенс — тоже один раз. На втором месте — перфрингенс, встретившийся 18 раз. На третьем месте стафилококк — встретился 12 раз, на четвертом диплококк — 11 раз.

Одним из существенных факторов, влияющих как на тяжесть ранения и последующих явлений, так и на исход предпринимаемых хирургических вмешательств, является локализация поражения. Практически с этой точки зрения легочную ткань следует делить на три зоны: периферическую, среднюю и центральную.

Глубина этих зон находится в прямой зависимости от расположения легочных сосудов. В легком имеются две сосудистые системы: система легочных сосудов (артерии и вены) и система бронхиальных артерий.

ВОЛОГОДСКАЯ

Калибр бронхиальных артерий небольшой, кровотечение из них незначительное, и поэтому при делении зон легочной ткани они в расчет не берутся. Что же касается системы легочных сосудов, то от деления их ветвей зависит распределение легочной ткани на три зоны.

Проследим кратко ход легочной артерии (легочная вена повторяет ход легочной артерии). У корня легкого артерия распадается на ряд ветвей первого порядка, на глубине 5—5,5 см от поверхности легкого начинаются ветви второго порядка и на глубине 2,5—3 см — ветви третьего порядка.

Учитывая глубину залегания различных по калибру ветвей легочной артерии, следует различать зоны легочной ткани. Периферическая зона будет соответствовать части легочной ткани от поверхности легкого на глубину до 3 см, т. е. области разветвления сосудов третьего порядка. Средняя зона залегания—на глубине от 3 до 5,5—6 см от поверхности легкого. Центральная (пригилюсная) зона будет соответствовать ветвям легочных сосудов первого порядка; глубина залегания ее от 5,5 см и глубже к корню легкого. Так как основная тяжесть ранения зависит от повреждения тех или иных сосудов и последующего кровотечения из них, то опасность ранения будет зависеть от повреждения той или другой зоны легкого.

Повреждение периферической зоны легкого менее опасно, кровотечение может быть необильным. Повреждение средней зоны легкого относится к разряду тяжелых ранений, дает сильное кровотечение, всегда сопровождается образованием обширного гемоторакса и при наличии большой раны груди может дать смертельное наружное кровотечение. Повреждение центральной зоны с нарушением ветвей первого порядка ведет к быстрому падению кровяного давления и без соответствующей хирургической помощи может сразу закончиться смертельным исходом. Что же касается повреждения центральной зоны с нарушением основных стволов легочных сосудов, то оно является абсолютно смертельным и хирургическая помощь в этих случаях практически всегда запаздывает. Все же бывают случаи, когда ранение центральной зоны не ведет к смерти. Очевидно, здесь не происходило нарушения целости крупных легочных сосудов. Мы имели 80 случаев залегания инородных тел у корня легкого, из которых в 46 инородные тела были удалены оперативным путем без обильного кровотечения с полным последующим клиническим выздоровлением.

Одной из важнейших проблем торакальной хирургии в настоящее время является вопрос о показаниях к удалению инородных тел из легкого. На нашем материале показаниями для операции явились:

1. Нагноительные процессы в легком и плевре, вызванные и поддерживаемые инородными телами (в 37% случаев).

2. Повторные кровохаркания (в 18% случаев).

3. Боли в груди и функциональные расстройства акта дыхания (в 45% случаев).

Сначала мы удаляли инородные тела из периферической зоны и отчасти из средней, потом, по мере накопления опыта, мы стали расширять показания и для так называемых «бессимптомно протекающих слепых ранений легких» и инородных тел, расположенных в средней и центральной зонах.

Вначале показания к операции ставились в прямой зависимости от глубины залегания в легком и величины инородных тел. Чем глубже залегало инородное тело в легочной ткани, тем больше суживались показания. Чем крупнее инородное тело, тем показания были шире.

В последнее время наши показания к удалению инородных тел из легкого стали больше зависеть от патологоанатомических и функциональных изменений.

Таким образом, мы постепенно суживали противопоказания, кото-

рые в конечном итоге свелись к следующему. Не подлежат удалению мелкие инородные тела (менее 1 × 1 см), вжившие в легочную ткань, не вызывающие ни объективных, ни субъективных расстройств после применения провокационной терапии (лечебная физкультура и трудотерапия). Не оперируем при множественных инородных телах, когда они как бы импрегнируют легочную ткань. Иногда отказываемся от операции у больных, имевших тяжелые сопутствующие заболевания, препятствующие производству пневмотомии.

Когда инородное тело в легком поддерживает нагноение или вызывает повторные кровохаркания, вопрос об операции решается сразу; в тех же случаях, когда инородные тела не вызывают видимых изменений и больные не предъявляют жалоб, проводится предварительно консервативное лечение с применением провокационных средств (лечебная физкультура и трудотерапия). При этом если в легком вокруг инородного тела имеется скрытая вирулентная инфекция, она в скором времени выявляется.

Лечебная физкультура усиливает дыхательную функцию легких, увеличивает физиологическую нагрузку и помогает выявлять, таким образом, скрытые очаги вокруг инородных тел. Там, где лечебная физкультура ухудшает общее состояние больного, усиливаются или проявляются воспалительные явления, повышается лейкоцитоз и ускоряется РОЭ, жизненная емкость легких уменьшается, появляется кровохаркание, увеличиваются боли при дыхании, температура становится субфебрильной или высокой, мы видим показания к удалению инородного тела. Если лечебная физкультура и даже трудотерапия не вызывают обострений и общее состояние больных улучшается, инородное тело небольших размеров удалению не подлежит.

Таким образом, при окончательном решении вопроса об удалении инородного тела мы учитываем жалобы больного, рентгенологические данные (изменения в легочной ткани и плевре, характер инородного тела и глубину залегания — зону), результаты физикального исследования, состояние крови (число лейкоцитов, РОЭ), мокроты и жизненной емкости легких в связи с систематическим проведением лечебной дыхательной гимнастики.

Точная диагностика слепых ранений легких может быть осуществлена рентгенологически. Кроме того, рентгеновский метод исследования является неотделимой частью применяемой нами техники операций на легком. Как в установлении точного диагноза (в смысле характера и топографического расположения инородного тела), так и в приемах самой операции (в смысле определения ближайшего доступа к нему) рентгеновское исследование является ведущим методом.

Хирург должен быть или непременным участником рентгеновского исследования, или сам должен хорошо владеть этим методом.

Техника операций следующая. Местная инфильтрационная анестезия (межреберная, при операциях на задних участках грудной клетки — паравертебральная). Торакотомия производится на любом участке грудной клетки, соответственно проекции инородного тела на ближайшую точку кожи. Отметку проекции инородного тела на коже наносим сами перед операцией карандашом, дермографом. Для определения топографического расположения инородного тела и глубины залегания пользуемся простым методом вращения.

Все операции торакопневмотомии произведены нами одномоментным способом без применения аппаратов для диференциального давления. В 3% случаев плевральные листки оказались незаращенными и во время операции образовался пневмоторакс. Кожный разрез мы ведем по ходу ребра длиной от 8 до 10 см. Резецируем одно или два ребра, в зависимости от глубины залегания инородного тела в легком. При заращенной плевральной полости операция протекает очень просто; успех

ее зависит от правильности рентгеновского исследования. Иногда при глубоком залегании инородного тела приходится пользоваться пункцией легкого иглой. Тогда рассечение легкого ведем по игле. Нам пришлось прибегать к пункции легкого в 18% случаев. Осложнений в виде воздушной эмболии мы не наблюдали. При свободной плевральной полости, сразу после вскрытия костальной плевры, легкое подхватываем мягкими зажимами и вытягиваем в рану. Легкое осторожно ощупываем, пальпаторно определяем инородное тело, выбираем ближайший доступ к нему и производим пневмотомию. Рассечение легкого делается небольшое — на ширину скальпеля и на глубину 1—2 см; в дальнейшем тупым путем, буравящими движениями зажимом Кохера доходим до инородного тела, захватываем его и извлекаем. Рану легкого засыпаем белым стрептоцидом и зашиваем узловатыми кетгутовыми швами. При свободной плевральной полости, когда вокруг инородного тела обнаруживается гной, производим пневмопексию. Обычно тотального пневмоторакса мы не имели. Манипуляции на свободном от спаек легком помогали найти ближайший путь к инородному телу. В 22 случаях пришлось инородное тело удалить через междолевую щель, в 15 случаях — со стороны диафрагмальной поверхности легкого, в 6 — со стороны медиастинальной. Рану грудной стенки зашиваем двухэтажным швом (кетгут узловатый на мышцы, шелк узловатый на кожу). В нижний угол раны вставляем марлевый тампон.

В первый период деятельности в затруднительных случаях нам приходилось прибегать к операциям в рентгеновском кабинете на трахоскопе. В последнее время, в связи с хорошим усвоением рентгеновского исследования, пользоваться трахоскопом почти не приходится. Всего на трахоскопе оперировано 8% наших больных.

В результате операций на легком удалено 347 инородных тел. В 3 случаях инородные тела не были обнаружены (относится к первому периоду нашей работы). По локализации инородных тел оперированные случаи распределялись следующим образом: в периферической зоне легкого 50%, в средней 37% и в центральной 13%. Извлеченные металлические осколки весили от 20 до 50 г.

Из осложнений в связи с операцией на нашем материале отмечено кровохаркание в 28% случаев, пневмогемоторакс в 30%, нагноение в плевральной полости в 1,5%, воспаление легких в 1%.

В послеоперационном периоде с гемостатической и стимулирующей целью мы производили переливание крови (100%) дробными дозами.

Смертность после операции на легком у нас составляет 1%. Причина смерти — сепсис, развившийся в послеоперационном периоде.

При операциях, связанных с манипуляциями у корня легкого, возможно развитие плеврального шока. Такое осложнение мы имели 6 раз. После применения вагосимпатической новокаиновой блокады на стороне операции шок исчез, и операции были закончены, как обычно.

Раненые после операции торакопневмотомии помещаются в особые палаты полусидя, с согнутыми ногами. Для этого применяются подголовники и подколенники. Больные после операции на груди из-за болей меняют грудной тип дыхания на брюшной. Сгибание ног расслабляет мышцы живота и облегчает брюшное дыхание. Кроме того, полусидячее положение лучше обеспечивает вентиляцию легких и является профилактикой застойных явлений.

Циркулярные повязки на груди стесняют дыхание, поэтому в послеоперационном периоде лучше накладывать клеевые повязки. Диэта должна быть легкой, нераздражающей и богатой витаминами. Первые 2—3 дня после операции назначаем наркотики, в дальнейшем — отхаркивающие средства. Внутрь назначаем хлористый кальций, викасол, при одышке проводим оксигенотерапию.

Больных после операции торакопневмотомии лучше направлять в запас или предоставлять им отпуск; в дальнейшем они возвращаются, как правило, в строй.

Выводы

1. Инородные тела грудной полости вызывают и поддерживают нагноительные процессы и рецидивирующее кровохаркание.

2. Некоторые инородные тела вживают в легочную ткань, но при увеличении физиологической нагрузки (лечебная физкультура, трудотерапия) вызывают осложнения в виде кровохаркания, болей в груди при дыхании, а иногда и нагноение.

3. Инородные тела легкого, поддерживающие нагноение и вызывающие кровохаркание, подлежат удалению.

4. Крупные инородные тела легкого должны удаляться и при отсутствии указанных выше осложнений.

5. Оперативное удаление инородных тел легкого показано также при болях в груди при дыхании и в случаях, в которых консервативное лечение не приводит к полному восстановлению дыхательной функции.

6. Операции на легком могут быть произведены без применения аппаратов для установления диференциального давления.

7. Пневмотомию по поводу инородных тел следует проводить одномоментным способом и при незаращенной плевре.

8. Операции на легком должны производиться под местной анестезией.

★

Майор мед. службы канд. мед. наук В. И. ВОРОБЦОВ

ОПЫТ РАБОТЫ УРОЛОГА В АРМЕЙСКОМ И ВОЙСКОВОМ РАЙОНАХ

Работа уролога в условиях активной обороны армии сильно отличалась от той, которую приходилось вести в период наступления. Работая длительное время в первом периоде, мы имели дело почти исключительно с урологическими больными (95% ко всем урологическим контингентам), в период же наступления урологические раненые составляли 76,7%, а урологические больные — только 23,3%.

Основные контингенты наших больных: 1) страдающие воспалительными заболеваниями мочевых органов — от 18,9 до 34%; сюда не входят больные гонорреей, которые подвергались лечению в специальном отделении госпиталя для легко раненых; 2) страдающие туберкулезом половых органов — от 9 до 14%, водянкой яичка — от 7 до 14%, неспецифическими эпидидимитами — от 6,3 до 11,8%. Мочекаменная болезнь, мочевой туберкулез, опухоли мочеполовой системы встречались в единичных случаях, так как лица с этими заболеваниями в армию не принимаются.

Воспалительные процессы мочевых органов мы лечили сульфамидными препаратами, в которых недостатка никогда не испытывали, и диэтой. Обычно эти мероприятия давали хороший результат. Излечение достигалось в течение 8—15 дней. В упорных случаях циститов присоединялось местное лечение — промывание мочевого пузыря 2% борной кислотой или риванолом 1 : 3 000 с последующими инстилляциями 2—5% колларгола или 0,25—0,5% ляписа в количестве 10—15 см³.

Неспецифические эпидидимиты мы лечили теплом и физиотерапией со средним сроком 10—12 дней. Часть больных, которых оперативное лечение в непродолжительный срок могло вернуть в строй, подверга-

лась хирургическому вмешательству (не говоря о тех из них, для которых необходимость этого вмешательства диктовалась жизненными показаниями). За рассматриваемый период операции подверглись 92 больных, из них по поводу гидроцеле, варикоцеле, полового туберкулеза — 59 человек. Количество прочих операций (высокое сечение мочевого пузыря, люмботомия, уретеролитотомия, простатотомия, низведение яичка в мошонку, циркумцизия и пр.) невелико. Осложнений после операций не наблюдалось, исключая отдельные случаи свищей после операций по поводу полового туберкулеза.

Средние сроки лечения в госпитале основной группы оперированных нами больных для водянки яичка, варикоцеле 15—17 дней, для полового туберкулеза 25—30 дней.

Больных туберкулезом половых органов было за разбираемый период 36 человек. Туберкулезным эпидидимитом страдало 25 человек (в 4 случаях было двустороннее поражение), туберкулезным орхоэпидидимитом 11 человек (4 — с двусторонним поражением). Изменения в тазовых половых органах наблюдались у 19 больных. Туберкулезные заболевания других органов не встречались, кроме активной формы туберкулеза легких у 2 больных. У 9 больных рентгенологически определен старый фиброзно-продуктивный процесс в легких без каких-либо клинических явлений, вполне компенсированный. Из оперированных 29 человек (эпидидимэктомии, односторонние кастрации) заживление первичным натяжением имело место в 20 случаях, а в 9 случаях образовались свищи. Других осложнений (обострения процесса в легких) и смертельных исходов не было. Каверны в удаленных яичках и придатках были обнаружены у 18 больных. Исходы: возвращено на военную службу 23 человека (из них 10 — на строевую), вовсе уволено из рядов Красной Армии 3 человека, эвакуировано во фронтовой тыл 10 человек. Не разбирая подробно вопроса врачебной экспертизы больных половым туберкулезом, мы только хотим подчеркнуть здесь, что наш небольшой опыт говорит, что часть больных половым туберкулезом можно своевременным хирургическим вмешательством сохранить для армии (при нормативах военного периода).

Подводя итоги нашей работы в отношении больных, отмечаем, что 93,2% больных в период обороны мы долечили у себя, вернув их в часть или батальон выздоравливающих при средних сроках лечения 12—14 дней. Эвакуировались во фронтовой тыл больные с мочевым туберкулезом, опухолями мочевых органов, с почечнокаменной болезнью, страдающие наиболее упорными формами хронических воспалительных процессов.

Иная обстановка урологической работы складывалась при наступательных операциях. Резко менялись поступающие контингенты — 76,7% урологических раненых и только 23,3% больных. Самый контингент урологических больных иной: не поступали больше больные с различными половыми неврозами, недержанием мочи, хроническими простатитами и уретритами, мочевыми диатезами, фимозом и т. п. В это время все внимание обращено на оказание помощи урологическим и общехирургическим раненым, причем основное время поглощали общехирургические раненые, составлявшие подавляющее большинство.

По нашим данным, число раненных в органы мочеполовой системы по отношению к общему числу поступивших раненых составило 1,32%. Из них ранения почки мы встретили в 21,1%, мочевого пузыря — в 12,14%, задней уретры — в 15,02%, яичек — в 18,6%.

Изолированные ранения мочеполовых органов мы имели только в 6,5%. Ранения мочевого пузыря и уретры в 43,3% сопровождались ранениями тазовых костей. Подавляющее большинство урологических раненых получило надлежащую хирургическую помощь на передовых

этапах эвакуации, в МСБ. Нам пришлось активно вмешиваться лишь в 15,2% случаев.

Наиболее постоянным симптомом при ранениях мочевого пузыря являлась гематурия и кровавая ишурия, т. е. учащенные болезненные позывы на мочеиспускание с выделением нескольких капель крови или кровянистой мочи.

Что касается диференциальной диагностики между внутрибрюшинными и внебрюшинными ранениями мочевого пузыря, то мы на первом плане ставили отсутствие пузырной тупости при внутрибрюшинных ранениях (имеется лишь приглушение тимпанического звука вследствие скопления мочи в брюшной полости) и наличие пузырной тупости при внебрюшинных ранениях (скопление мочи в предпузырной клетчатке). При внутрибрюшинном ранении мы почти всегда наблюдали провисание в прямую кишку пузырно-прямокишечной ямки, при внебрюшинном — инфильтрацию тестоватой консистенции вследствие пропитывания мочой паравезикальной клетчатки.

В отношении ранений почки наш материал подтверждает, что тактика «выжидания с ножом в руках» вполне себя оправдывает, если раненые дошли до армейского района. Такие раненые поступали к нам в МСБ с умеренной макрогематурией при общем удовлетворительном состоянии. Мы проводили консервативную терапию (гемотрансфузии, хлористый кальций), добивались исчезновения гематурии и в хорошем состоянии эвакуировали раненых во фронтовой тыл.

Наиболее тяжело протекали случаи ранения мочевого пузыря и уретры с повреждением тазовых костей; у раненых развивались флегмоны паравезикальной клетчатки. Несмотря на оперативные вмешательства, трое из этих раненых погибли от развившегося сепсиса. У двоих из них было одновременно проникающее ранение тазобедренного сустава, у третьего — проникающее ранение живота. Больше смертей урологических раненых у нас не было. В часть и батальон выздоравливающих было возвращено 18,4%. Остальные, как требовавшие длительного лечения, эвакуированы во фронтовой тыл.

Наше отделение было единственным коллектором в армии, куда стекались все урологические больные. За время нашей работы выявилась бесспорная необходимость иметь в армейском районе специализированное урологическое отделение. Лишь за одно полугодие в период обороны нами было произведено 127 цистоскопий и 26 пиэлографий (ретроградных и внутривенных), методикой которых врачи-неспециалисты не владеют.

Одновременно мы с успехом проводили консультативную работу в армии, включая и войсковой район. Такие консультации лучше всего проводить при ГОПЭП, куда в определенные дни должны доставляться урологические амбулаторные больные из МСБ и полков.

★

Канд. мед. наук Я. М. СВЯДОЩ

О ПАРЦИАЛЬНОЙ И ТОТАЛЬНОЙ ФОРМЕ ИСТЕРИЧЕСКОЙ ГЛУХОТЫ И ГЛУХОНЕМОТЫ

Клинические наблюдения позволяют выделить две формы истерической глухоты и глухонемоты контуженных: парциальную и тотальную.

Парциальная глухота или глухонемота характеризуется субъективной убежденностью больного в полном отсутствии у него способности слышать при наличии неосознаваемого им элективного восприятия и адекватной реакции на ряд слуховых раздражителей, направленных

к выявлению болезненных симптомов, и отсутствии реакции на все слуховые, независимо от их силы, раздражители, направленные к тому, чтобы убедить больного в сохранности у него слуха.

Так, например, при условиях, исключающих возможность чтения по губам и т. п., больной, особенно при отвлечении внимания, выполняет независимо от силы и интонации голоса предложенные действия — покашлять, дышать глубоко, показать язык, посмотреть вверх и т. п. («слышит»). В то же время устные предложения назвать или написать свою фамилию не выполняет; на звуки разрывов снарядов, предложение затемнить палатку, укрыться в убежище не реагирует («не слышит»). На вопрос о сохранности слуха категорически утверждает, что «абсолютно глух», не слышит ни слова и нередко тут же выполняет ряд устных предложений. Недоумевает при указании на противоречие между утверждением о «полной глухоте» и выполнением ряда устных предложений.

При тотальной истерической глухоте или глухонемоте больной не только субъективно убежден в полной утрате им слуха, но и при самом тщательном исследовании или наблюдении не удается уловить у него реакцию на слуховые раздражители.

У контуженных с парциальной формой глухонемоты или глухоты по сравнению с контуженными с тотальной формой более выражена общая моторная заторможенность, адинамия. Мимика менее живая, маскообразная, часто растерянно-депримированная, иногда с псевдодементным оттенком.

Как показывают проведенные на ПМП, в МСБ и в армейских госпиталях наши наблюдения над 1 000 больных с истерической глухонемотой и глухотой в первые дни возникновения истерической реакции, парциальная форма составляет около 90%, тотальная — около 10% всех случаев. В госпиталях фронта и глубокого тыла в случаях затяжных истерических реакций соотношения меняются: в подавляющем большинстве случаев встречается тотальная форма и редко парциальная.

Наблюдается чаще к концу первой недели после контузии переход парциальной формы в тотальную.

Купировать активным методом лечения (эфирным раушем, алкоголем, аноксемией, внутривенным вливанием больших доз хлористого кальция и т. п.) парциальную форму легче, чем тотальную. Предлагаемой нами психотерапевтической методикой в некоторых случаях парциальной формы удается установить контакт с больным и вывести его из этого состояния, в то время как при тотальной форме это обычно не удается.

Методика. Контуженный, поступивший с явлениями истерической глухоты и глухонемоты, подвергается обычной методике неврологического обследования, по возможности без письменного общения. Исследуется реакция зрачков на свет; далее, фиксировав внимание больного на обследовании, врач сквозь зубы, негромким голосом предлагает ему оскалить зубы, одновременно сопровождая устное предложение пояснением, соответствующей мимикой. Нередко уже это устное предложение выполняется больным до того, как врач успел мимикой показать ему, что от него требуется. Затем таким же тихим голосом врач (избегая при речи движений губами) предлагает контуженному высунуть язык, не сопровождая однако мимикой этого предложения. Это устное предложение обычно выполняется, на этом внимание больного не фиксируется. Далее, быстро переходят к исследованию подвижности глазных яблок. Первое предложение («смотрите вправо») сопровождается соответствующим жестом, последующие («смотрите вверх, вниз» и т. п.) — жестами в противоположную сторону, например, при указании смотреть вверх рукой делается движение вниз и наоборот. Обычно выполняются и эти устные предложения. Если тем же ров-

ным голосом указать больному, что он слышит, то обычно больной продолжает или жестом, или в письменной форме утверждать, что он «абсолютно глух», но если спросить: «на какое ухо вы лучше слышите?» (т. е. допуская «существование болезни»), и далее: «ну, говорите, вы можете говорить, откашляйтесь, говорите!..», больной обычно указывает, что «на одно ухо немножко слышно стало», и быстро выходит из истерической реакции, вступая в случаях сурдомутизма в речевой контакт.

В основе парциальной формы истерической глухонемоты или глухоты лежит не нарушение деятельности слухового аппарата, а нарушение интеграции высших психических функций с активным уходом личности от окружающей действительности («бегством в болезнь»), проявлением чего является «неслышание» окружающего при сохранении способности восприятия ряда элективных раздражителей, эмоционально окрашенных комплексных переживаний (восприятие сквозь фильтр).

При тотальной форме процесс менее диффузен, более концентрирован на выключении слуховых раздражителей.

Мы полагаем, что все случаи функциональной глухонемоты у контуженных относятся к психогенным (истерическим) реакциям, и не согласны с мнением авторов (Гуревич, Серейский, Крайц и др.), признающих существование, помимо истерической глухонемоты, «коммоционной глухонемоты» которая «очень часто обнаруживается у перенесших коммоцию в течение первых дней» и «излечивается опьяняющим наркозом, а не психотерапией». Против сотрясения мозга как причины глухонемоты говорит также то, что глухонемота, как правило, не встречается у гражданского населения, подвергавшегося бомбардировкам и обстрелам авиации. Рассмотрение распределения отдельных форм невротических реакций в различных армиях показывает, что, в то время как в одних армиях сравнительно чаще встречались неврозы внутренних органов, истерические припадки (как, например, в германской армии), в других — преобладала глухонемота, что также говорит против обусловленности глухонемоты коммоционными факторами. Известно также, что глухонемота не встречается у контуженных, получивших одновременно тяжелое ранение.

Как известно, психогенные реакции, наблюдаемые при сотрясениях мозга в мирное время вне связи с контузией, встречаются на поле боя крайне редко. Это можно объяснить психологическими мотивами: «моральное право» на оставление поля боя дает только «боевая травма»— ранение или контузия или выраженное соматическое заболевание. Одно эмоциональное потрясение (испуг, чувство страха, волнение), не сопровождающееся «боевой травмой», права на оставление поля боя не дает. Контузия при взрыве артиллерийского снаряда или авиабомбы и является фактором, наиболее благоприятствующим развитию психогенных реакций на поле боя, так как дает материал для истерической фиксации в виде соматических нарушений, обусловленных физической травмой, и эмоциональных реакций, вызванных аффектом страха (снижение слуха вследствие акуо- и баротравмы, «онемение или оцепенение от ужаса»), которые, раз возникнув, могут фиксироваться истерическими механизмами. При тех или иных степенях коммоционно-контузионного синдрома и связанной с ним временной астенизацией личности с явлениями вегетативной дистонии создается благоприятная почва для возникновения истерической реакции — «приобретение предрасположения» по В. П. Осипову.

★

Майор мед. службы С. Е. ШАПИРО

ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ БРЮШНОГО ТИФА НА ЭТАПАХ ЭВАКУАЦИИ ВОЙСКОВОГО И АРМЕЙСКОГО РАЙОНОВ

Многогранность клинической картины брюшного тифа и паратифов, широкая амплитуда колебаний в тяжести течения, особенности течения болезни у привитых и наблюдающиеся у них серологические сдвиги ставят тифо-паратифозные заболевания в рубрику трудно диагносцируемых болезней.

Как показывают наши наблюдения, наибольшее количество ошибочных диагнозов на этапах санитарной эвакуации войскового и армейского районов падает на тифо-паратифозную группу. Такое положение приводит к сравнительно поздней госпитализации тифозных больных, а также к засылке в инфекционные госпитали довольно большого количества непрофильных больных. Ввиду актуальности вопроса раннего распознавания тифо-паратифозных заболеваний, определяющего эффективность профилактических мероприятий в войсках, мы поставили перед собой задачу изучить, как часто правильно диагносцируются эти заболевания на различных этапах санитарной эвакуации, и проанализировать причины диагностических ошибок.

С этой целью мы подвергли разработке 100 историй болезни тифо-паратифозных больных, госпитализированных в N-ском инфекционном госпитале в течение 1944 г.; вместе с тем нами также изучено 50 больных, поступивших в этом же году в госпиталь с подозрением на брюшной тиф, которое не подтвердилось. Из 100 изученных нами больных 57 заболели в войсковых частях войскового района, 30 — в частях и учреждениях армейского района, остальные 13 — в лечебных учреждениях армии.

В воинских частях войскового и армейского районов брюшной тиф и паратифы, как правило, не диагносцировались. Из 72 случаев обращения тифо-паратифозных больных за медицинской помощью в свои санитарные части брюшной тиф был заподозрен лишь у 5 (7%) больных. Чаще всего — в 36% всех случаев — брюшной тиф на ПМП диагносцировался как грипп, в 12% — как малярия, 7% трактовались как энтероколит, 18% — как болезни органов дыхания (пневмония, бронхит, плеврит); 5% случаев были диагносцированы медицинскими работниками воинских частей как неврастения, сальпингит, септический аборт, нефрит, психастения, ангина. Остальные (17%) были эвакуированы из частей с диагнозом лихорадочного состояния. Благодаря тому, что брюшной тиф и паратифы в воинских частях не распознавались, все тифо-паратифозные больные из воинских частей войскового района направлялись в МСБ.

Из 64 тифо-паратифозных больных, эвакуированных через МСБ, брюшной тиф или паратиф был заподозрен врачами МСБ всего лишь в 18 (28%) случаях. Остальные 46 случаев диагносцировались ошибочно: сыпной тиф — 8 случаев (13%), грипп — 7 случаев (10,5%), малярия — 7 случаев (10,5%), бронхопневмония — 3 случая (5%), туберкулез легких — 3 случая (5%), сальпингит и септический аборт — 2 случая (3%) и дизентерия — 4 случая (6%); 12 больных (19%) были эвакуированы из МСБ с диагнозом лихорадочного и тифозного состояния.

Ошибочная диагностика на этапах эвакуации войскового района в большинстве случаев брюшного тифа и паратифов отнюдь не зависела от клинических особенностей или атипичного течения этих заболеваний, — наоборот, в подавляющем большинстве случаев болезнь была вполне выражена клинически, приближаясь по своей картине к классической форме. Анализ нашего материала позволяет объяснить неудо-

влетворительную диагностику брюшного тифа и паратифов следующими причинами:

1. Кратковременностью наблюдения на ПМП, продолжавшегося в среднем 1 — 2 дня.

2. Недостаточными знаниями клиники брюшного тифа, особенно начального периода его, вследствие чего одно из проявлений (поносы, угнетенное состояние, бронхиты) или осложнений (бронхопневмония) брюшного тифа расценивалось врачами как самостоятельное заболевание. Приведем пример.

Больной красноармеец Д., 38 лет, на 6-й день заболевания брюшным тифом обратился за медицинской помощью на ПМП своей части с жалобами на головную боль, ослабление памяти, вялость и уменьшение трудоспособности. Врач части направил больного в терапевтический госпиталь для определения трудоспособности с диагнозом психастении; на обороте карточки передового района было написано: «работать: не работает». Таким образом, тифозное состояние больного расценивалось как психастения, а потеря трудоспособности как нежелание работать. В терапевтическом госпитале больной пробыл 5 дней. В связи с имевшимся поносом был эвакуирован в ИГ с диагнозом дизентерии (?).

Красноармеец К., 36 лет, обратился на 5-й день от начала заболевания брюшным тифом за медицинской помощью на ПМП. В связи с тяжелым капиллярным бронхитом и одышкой был эвакуирован в МСБ с диагнозом пневмонии. В МСБ больной был через 2 дня направлен в терапевтический госпиталь с диагнозом туберкулеза легких.

3. Отсутствием эпидемиологического анализа каждого отдельного лихорадящего больного. Так, в конце лета, при расположении войск среди гражданского населения, пораженного сезонной вспышкой брюшного тифа, несмотря на отсутствие всяких простудных факторов или массовых заболеваний гриппом, врачи частей расценивали брюшной тиф и паратифы как «грипп», «токсический грипп», «бронхопневмония»; поздней осенью тифо-паратифозные заболевания нередко трактовались как «первичная малярия» и т. д.

В результате отмеченных дефектов диагностики непосредственно из воинских частей и МСБ поступило в ИГ 54% тифо-паратифозных больных, причем только 35% из них прибыли в ИГ с правильными предположительными диагнозами. 33% больных брюшным тифом и паратифами были направлены из МСБ и частей в терапевтические госпитали с различными диагнозами внутренних заболеваний.

Когда $^1/_3$ тифо-паратифозных больных эвакуируется из войскового района и частей армейского тыла в общем потоке терапевтических больных, вырастает роль ТППГ, которые должны в предельно сжатые сроки выявить и госпитализировать в ИГ больных, подозрительных по тифо-паратифозной инфекции. ТППГ должен явиться подлинным кордоном, препятствующим дальнейшему просачиванию инфекционных больных в тыловые терапевтические госпитали.

Следует указать, что полевые терапевтические госпитали, имея кадры опытных врачей, располагая клинической лабораторией и нередко возможностью пользоваться лабораториями ИГ или СЭО, обладают преимуществами для диагностики брюшного тифа и паратифов по сравнению с такими этапами санитарной эвакуации, как ПМП и МСБ.

Как же реализовались эти преимущества терапевтическими госпиталями?

При анализе диагностики брюшного тифа и паратифов в терапевтических госпиталях прежде всего обращает на себя внимание то обстоятельство, что у $^1/_3$ тифо-паратифозных больных, поступивших в ТППГ и СТЭГ в общем терапевтическом потоке, брюшной тиф не был распознан и больные были эвакуированы в ТЭГ с диагнозом малярии, пневмонии, сепсиса и др.

Обращают на себя также внимание довольно продолжительные сроки пребывания в терапевтических госпиталях больных, подозрительных на тифозную инфекцию. Только $^1/_3$ брюшнотифозных больных была эвакуирована в ИГ в ближайшие три дня после поступления в тера-

певтические госпитали. Половина больных была эвакуирована в ИГ между 3-м и 10-м днем пребывания в терапевтическом госпитале, а 17% больных провели там от 10 до 30 дней. В среднем каждый тифо-паратифозный больной задерживался в терапевтическом госпитале 7 дней. 7 из 33 брюшнотифозных больных (22%) были переведены из ТППГ с предположительным диагнозом сыпного тифа.

Изучая в каждом отдельном случае причины нераспознавания брюшного тифа в терапевтических госпиталях, равно как и причины задержки эвакуации брюшнотифозных больных в ИГ, можно сказать следующее: большое значение в запоздалой и неправильной диагностике довольно типичных форм брюшного тифа имело некритическое отношение лечащих врачей к неверным или случайным результатам лабораторных исследований.

Так, в 9 случаях брюшного тифа лабораториями ТППГ были «обнаружены» паразиты малярии в крови. Такие больные, несмотря на заболевание вне обычного малярийного сезона, отсутствие типичной картины малярии и довольно ясное течение тифозной инфекции (постоянный тип лихорадки, поносы, розеола), трактовались довольно долгое время как малярики. Лишь после неудачи длительного противомалярийного лечения диагносцировался брюшной тиф.

У больного И., ранее не болевшего малярией, с 31.XII начала повышаться температура и появилось общее недомогание. В течение трех недель, предшествовавших заболеванию, больной, находясь в командировке в пораженном брюшным тифом районе, общался с гражданским населением. Четыре дня больного лечили в МСБ акрихином; затем эвакуировали в ТППГ с предполагаемым диагнозом малярии. Исследование крови якобы обнаружило плазмодии малярии, однако энергичное противомалярийное лечение не оказало никакого эффекта. Спустя 11 дней больной был переведен с диагнозом малярии в ТЭГ, откуда спустя еще 5 дней эвакуирован в ИГ в связи с возникшим подозрением на тифо-паратифозную инфекцию.

В другом случае паратиф В был смешан с сыпным тифом только потому, что титр реакции Вейль-Феликса был при первом серологическом исследовании случайно выше, чем титр реакции агглютинации с диагностикумом паратифа В.

Причиной принятия брюшного тифа и паратифов за сыпной тиф являлось недостаточное знакомство с особенностями сыпи при брюшном тифе, вследствие чего все случаи брюшного тифа с обильной, хотя и типичной сыпью принимались за сыпной тиф.

Значительный интерес представлял анализ случаев направления в инфекционный госпиталь нетифозных больных с диагнозом брюшного тифа. Таких больных поступило 55, что составляет 55% к количеству госпитализированных тифо-паратифозных случаев. Из этих 55 больных 26 поступили из ТППГ, 18 из МСБ, 4 из ТЭГ, 4 из воинских частей и 3 из ГЛР и СТЭГ.

Почти так же часто, как брюшной тиф считали гриппом, и грипп принимали за брюшной тиф. Больше чем у $^1/_3$ больных этой группы выявился грипп. Так же часто брюшной тиф (15 случаев — 27%) был заподозрен у легочных больных (крупозная и катарральная пневмония, плевриты); остальные случаи указывают на довольно широкий диапазон диагностических ошибок. С диагнозом брюшного тифа направлялись больные туберкулезом легких, туберкулезным менингитом, малярией, энтероколитом, гнойным гонитом, флегмоной, остеомиэлитом костей черепа и лимфаденитом.

Около половины направленных в ИГ нетифозных больных представляли известные диференциально-диагностические трудности и нуждались для исключения тифо-паратифозной инфекции в клиническом наблюдении и диагностическом лабораторном обследовании. Таковыми

были тяжелые формы гриппа, тифоидная форма туляремии, милиарный туберкулез и другие нозологические формы, имеющие по началу ряд сходных с брюшным тифом и паратифами симптомов.

Вместе с тем одной из частых причин ($^1/_3$ случаев) засылки нетифозных больных в ИГ было недостаточно полное, а порой даже невнимательное обследование больного. Таковы случаи направления в ИГ больных гнойным гонитом, лимфаденитом, цветущим туберкулезом легких, ярко выраженной крупозной пневмонией, выпотным плевритом и др.

У больного Г., находившегося в течение двух недель на излечении в ушном отделении ГЛР по поводу левостороннего хронического гнойного мезотимпанита, повысилась температура, появилась головная боль, усилились боли в ухе. С диагнозом «подозрение на брюшной тиф» направлен в ИГ. При обследовании никаких клинических проявлений брюшного тифа не найдено; лабораторные исследования на тифозную группу дали отрицательный результат. Лейкоцитоз 12 000. Вместе с тем отмечалось обильное гноетечение из уха, болезненность, краснота и припухлость сосцевидного отростка. Больной был возвращен в ЛОРотделение ГЛР.

Больной С. поступил на 12-й день болезни из ТППГ как подозрительный по брюшному тифу с жалобами на общее недомогание, жар, боли в левом коленном суставе. При обследовании больного в ИГ никаких клинических явлений брюшного тифа не найдено; бактериологические и серологические исследования на тифозную группу дали отрицательный результат. Левый коленный сустав резко отечен; при пункции его получен гной. Лейкоцитоз 15 000. По словам больного, на его жалобы на боли и припухлость сустава не обратили внимания на двух этапах эвакуации; в истории болезни соответственных записей не было. Больной после консультации армейского хирурга эвакуирован на ГБФ.

Показателен также случай направления из ТППГ в ИГ нетранспортабельного больного с крупозной пневмонией как подозрительного на брюшной тиф. В другом случае больной с фиброкавернозным туберкулезом легких был направлен в ИГ из терапевтического госпиталя лишь потому, что рентгенолог не разобрался в рентгеновской картине, а лечащий врач, несмотря на обилие клинических симптомов туберкулеза, вполне доверился заключению рентгенолога.

Приведенные случаи показывают, что нередко при элементарном, но внимательном обследовании лихорадящих больных можно избежать неправильной засылки в ИГ неинфекционных больных.

Суммируя данные нашего анализа диагностики тифо-паратифозных больных на этапах санитарной эвакуации войскового и армейского районов, можно сделать следующий вывод.

Для максимального ускорения распознавания и ликвидации многоэтапности эвакуации тифо-паратифозных больных необходимо:

1) углубление знаний врачей-терапевтов всех этапов санитарной эвакуации по клинике брюшного тифа и паратифов, особенно их начального периода;

2) возможно полное клиническое исследование каждого лихорадящего больного с правильной оценкой лабораторных данных, а также тщательным анализом и учетом конкретной эпидемиологической обстановки.

★

Майор мед. службы **В. З. ЯНЬШИН**

ПНЕВМОНИИ ОТ АСПИРАЦИИ БЕНЗИНА

Патологические изменения в организме при отравлении парами бензина изучены довольно полно. Результаты этого изучения явились основой для мероприятий по предупреждению отравлений на производствах, связанных с пребыванием в атмосфере паров бензина. Местное же действие жидкого бензина на бронхиально-легочную ткань изучено мало. Между тем попадание жидкого бензина в бронхиально-

легочную ткань сравнительно часто наблюдается у работников автомобильного транспорта. Обстоятельства, при которых происходит это попадание, довольно однотипны. Это случается, когда водитель машины выливает, пользуясь сифоном, бензин из бака автомашины или заправляет машину бензином посредством сифона. Воздух, а затем и бензин засасывается ртом. Попавший в рот бензин выплевывается, а конец сифонной трубки зажимается и опускается ниже уровня бензина в резервуаре, из которого необходимо взять бензин. В описанном случае возможность попадания бензина в дыхательные пути имеется, но она невелика. Когда при засасывании рот водителя находится ниже уровня бензина, разница давлений настолько велика, что бензин попадает не только в рот, пищевод и желудок, но и в дыхательные пути, а затем и в легочную ткань. Особенно трудно бывает избежать попадания бензина в легкие, когда сифонная трубка широка. Удалить бензин изо рта и желудка довольно просто (сплевывание, быстро наступающая рвота), удаление же бензина из воздухоносных путей и легочной ткани происходит настолько медленно, что в течение ближайших часов успевает развиться картина отравления с местными явлениями в легких. Эти изменения являются источником жалоб больного и причиной длительной потери трудоспособности.

Рис. 1

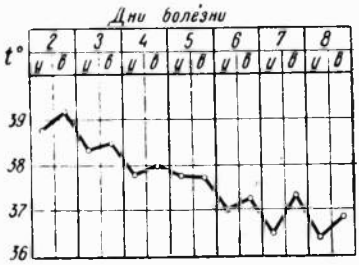


Рис. 2

Десять случаев подобных отравлений послужили материалом для данной работы.

1. Больной Р-в В. К., 23 лет, шофер. Заболел 23.VII.1941 г. Выкачивал бензин из бочки, используя в качестве сифонной трубки шланг; часть бензина проглотил, часть проникла в дыхательные пути. Через несколько часов жар, головная боль и боль в груди, больше справа. 24.VII поступил в госпиталь с жалобами на слабость, жар и кашель с кровянистой мокротой. Больной правильного телосложения, хорошо упитан; границы сердца нормальны, тоны приглушены, пульс ритмичен, 100 ударов в минуту; незначительное укорочение легочного звука справа сзади ниже лопатки, здесь же влажные хрипы; температура 38,7°. Кровь: Hb 70%, эр. 4 950 000, л. 12 000, РОЭ 26 мм в час; бациллы Коха, эластические волокна, пневмококки в мокроте отсутствуют. Рентгенологически: гомогенное интенсивное затемнение треугольной формы соответственно области правого сердечно-диафрагмального угла, вверху сливающееся с тенью корня легкого; кнаружи затемнение без резкой границы переходит в неизмененную легочную паренхиму; выраженное ограничение подвижности правого купола диафрагмы (рис. 1).

На 3-й день болезни в месте укорочения перкуторного звука прослушивалось бронхиальное дыхание и крепитирующие хрипы. В течение последующих дней обратное развитие процесса. Возвращение температуры к норме на 8-й день заболевания (рис. 2). При выписке через 15 дней после поступления отмечены только сухие хрипы справа.

2. Больной К-ев П. Д., 32 лет, шофер. 11.IV.1942 г. выливал бензин из машин. Для этого пользовался шлангом диаметром в 4 см. Стоя на коленях и несколько наклонясь вправо, засасывал воздух, а затем и бензин в рот; бензин выплевывал, а конец шланга зажимал и быстро переносил в ведро. В 12-й по счету машине бак был полный; голова шофера располагалась приблизительно на 50 см ниже уровня бензина в баке. Обильная струя бензина при засасывании попала в рот. Появился резкий кашель и боли в груди, более выраженные справа. Мокрота без примеси крови.

Через 10—15 минут необильная рвота пищей. Через 4 часа повышение температуры; состояние ухудшилось. Через 6 часов потерял сознание. 12.IV поступил в госпиталь с жалобами на кашель, головную боль, общую слабость, резкую боль в правом боку при дыхании. Больной среднего роста, правильного телосложения, хорошо упитан. Отмечается выраженная гиперемия кожи лица: границы сердца нормальны, тоны чисты, пульс хорошего наполнения, ритмичен; частота соответствует температуре, укорочение перкуторного звука справа ниже лопатки у позвоночника; здесь же мелкопузырчатые хрипы, отхаркивается небольшое количество светлой слизистой мокроты. Температура 39°. 14.IV боли при дыхании усилились, дыхание справа ослаблено. На 6-й день болезни появилась мокрота с примесью крови. Рентгенологически на 4-й день болезни выраженное усиление легочного рисунка; увеличение теней корней легких, выраженное более справа; справа определяется крупный, располагающийся в нижнем поле пригилюсно инфильтрат; небольшой инфильтрат слева в той же области (рис. 3). В мокроте отсутствие бацилл Коха, эластических волокон и пневмококков. Кровь: Hb 53%, эр. 3 520 000, л. 8 200, РОЭ 32 мм в час. Моча нормальна. В этом случае имело место литическое падение температуры; нормальной температура стала только на 14-й день заболевания (рис. 4). При повторной рентгеноскопии через 19 дней после начала заболевания и на 6-й день после возвращения температуры к норме отмечалось уменьшение правостороннего инфильтрата и исчезновение левостороннего; одновременно отмечалось выраженное ограничение подвижности диафрагмы справа.

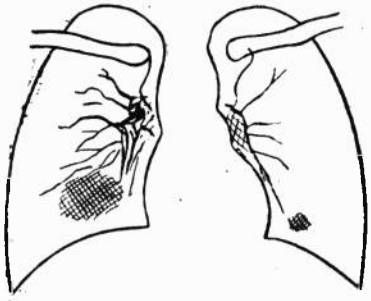


Рис. 3

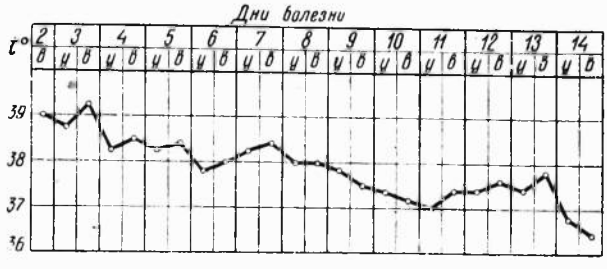


Рис. 4

3. Больной Н-ев Н. М., 22 лет, шофер. Заболел 8.III.1942 г. через несколько часов после того, как при пользовании сифоном с целью перелить бензин часть бензина попала в дыхательные пути. В качестве сифона применялся шланг. 9.III при поступлении в госпиталь жалобы на кашель, боли в правой половине груди и общую слабость.

Общее состояние тяжелое; границы сердца нормальны, тоны чисты, пульс ритмичен, 96 в минуту. В области нижней доли правого легкого притупление и дыхание

Рис. 5

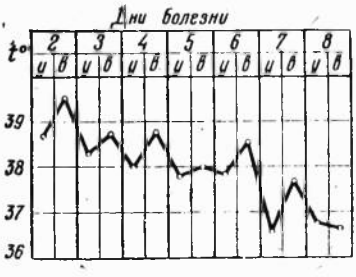


Рис. 6. Дни болезни

с бронхиальным оттенком; прослушиваются крепитирующие хрипы. Отхаркивается небольшое количество ржавой мокроты. Температура 38,6°. В мокроте бациллы Коха; эластические волокна и пневмококки отсутствуют. Кровь: Hb 65%, эр. 4 730 000, л. 11 000, РОЭ 28 мм в час. Моча нормальна. Рентгенологически: интенсивное и гомогенное затемнение соответственно нижней доле правого легкого. Выраженное ограничение подвижности правого купола диафрагмы (рис. 5). Констатирована долевая пневмония в отличие от всех остальных девяти случаев, в которых долевой характер поражения отсутствовал и область поражения была значительно меньше доли. Падение температуры до нормы произошло на 8-й день болезни (рис. 6).

Как видно из приведенного, легочные изменения соответствуют пневмоническим, но отличаются тем, что протекают без критического падения температуры, без высокого лейкоцитоза, без наличия пневмококков в мокроте; в анамнезе у всех больных были указания на аспирацию жидкого бензина. Истории болезни прочих больных ничем не отличаются от приведенных при различной анатомической протяженности легочных изменений. Применение сульфидина не изменяет течения болезни. Характерно также отсутствие осложнений при длительном патологическом состоянии легочной ткани; во втором примере рентгеноскопия и снимок на 19-й день болезни показали лишь некоторое уменьшение крупного инфильтрата и исчезновение небольшого. Нормальная рентгенологическая картина легких наблюдалась только через 4—5 недель болезни, а при слабой степени заболевания — через 2—3 недели. Клинически болезненные явления исчезают значительно раньше — в тяжелых случаях через 3 недели, в более легких — через $1^1/_2$—2 недели. Лейкоцитоз, достигающий максимально 12 000 в первые дни заболевания, возвращается к норме на 6—7-й день, а РОЭ — несколько медленнее, на 10—15-й день.

То обстоятельство, что у всех без исключения заболевших наблюдалось поражение нижних отделов легких и что в момент аспирации бензина заболевшие находились в вертикальном положении, позволяет предположить, что этиологическим фактором этих пневмоний является непосредственное попадание жидкого бензина в легочную ткань соответственно разветвлениям бронхов. Отсутствие возбудителя пневмонии в мазках мокроты и безрезультатность сульфидинотерапии также говорят в пользу этого предположения. В соответствии с этим находится медленность обратного развития процесса. Несмотря на благоприятное течение и исход, количество дней потери трудоспособности велико: в среднем оно равно 27,6.

Профилактика аспирационных пневмоний сводится к следующим мероприятиям. Прежде всего следует считать необходимым ознакомление изучающих автомобильное дело с токсическим действием бензина, в том числе жидкого. Вторым мероприятием является разъяснение в авточастях о недопустимости пользования шлангами или резиновыми трубками для сифона с засасыванием при переливании бензина. Способ, которым пользовались больные, недопустим и вовсе не рекомендуется руководствами и наставлениями по автоделу. Между тем на практике он применяется широко, и только отравление бензином, повлекшее за собой пневмонию, заставляет шофера в дальнейшем никогда не прибегать к этому способу. Обстоятельства, вынуждающие пользоваться сифоном, являются исключением. При заправке автомашины в неблагоприятных условиях рекомендуется погружать полностью резиновую трубку в резервуар и вынимать ее зажатой пальцами, не применяя засасывания бензина ртом.

Выводы

1. Применение водителями автомашин сифона с предварительным засасыванием бензина ртом вызывает в ряде случаев аспирацию бензина и последующее развитие пневмонии.

2. Эти пневмонии наблюдаются в нижних отделах легких и имеют различную протяженность, чаще значительно меньше доли.

3. Процесс обратного развития заболевания происходит медленно; сульфидинотерапия благоприятного влияния на течение болезни не оказывает.

4. Трудопотеря при вызываемых аспирацией бензина пневмониях велика и достигает 27,6 дня.

5. В целях профилактики таких пневмоний необходимо рекомендовать ознакомление всех изучающих автодело с токсическим действием бензина на организм и, в частности, на легкие.

Генерал-лейтенант мед. службы Н. И. ЗАВАЛИШИН

КОНТРОЛЬНО-ЭВАКУАЦИОННЫЙ ГОСПИТАЛЬ (КЭГ)

Зимой 1941/42 г. войска Красной Армии разгромили немецко-фашистских захватчиков под Москвой. К весне 1942 г. фронт значительно отодвинулся от Москвы на запад. Однако действующие западнее Москвы армии продолжали базироваться на железнодорожные магистрали, которые сходились в Москве. По этим магистралям производился подвоз армиям всех необходимых материальных ресурсов, по ним же осуществлялась и эвакуация раненых. Ежедневно в Москву прибывали временные санитарные поезда (ВСП) и санитарные летучки (СЛ) по Октябрьской, Московско-Балтийской, Белорусской и Московско-Киевской ж. д. С учетом этого обстоятельства еще зимой в Москве и в ближайших ее окрестностях была развернута мощная госпитальная база Западного фронта.

На эту базу был возложен прием и разгрузка прибывающих в Москву ВСП и СЛ, сортировка раненых и оказание им квалифицированной медицинской помощи. Нетранспортабельные раненые, а также раненые с непродолжительными сроками лечения госпитализировались в базе; раненые с продолжительными сроками лечения эвакуировались в тыл санитарными поездами по Ярославской, Горьковской, Казанской и Павелецкой ж. д. Такое положение московской госпитальной базы обусловливало значительный объем ее лечебно-эвакуационной работы. Для выполнения этой работы в составе базы было развернуто несколько сортировочных госпиталей; на вокзалах, где производилась разгрузка или погрузка санитарных поездов, были развернуты эвакуационные приемники. Значительный объем работы московской госпитальной базы по эвакуации раненых на восток побуждал отнестись с особым вниманием к вопросу правильного отбора их и подготовки к эвакуации. Весной 1942 г. по указанию начальника Главного военно-санитарного управления Красной Армии для разрешения этой задачи в московской базе был организован контрольно-эвакуационный госпиталь (КЭГ). Нам пришлось организовать работу КЭГ в Москве, а затем в составе других госпитальных баз (в Туле, Калуге). Опытом организации этой работы мы и хотим поделиться в настоящей статье.

Впервые мысль об организации КЭГ возникла в войну с белофиннами. Тогда в Ленинграде была развернута довольно мощная госпитальная база, в которую поступали раненые с фронта. В отдельные дни объем эвакуационной работы в ленинградской базе был довольно значителен. В связи с этим возникла мысль о необходимости иметь в составе базы один госпиталь, принимающий раненых и больных (сортировочный), и другой — для концентрации раненых, подлежащих эвакуации. Этот госпиталь называли тогда «эвакуационным» (Черняк).

Для организации КЭГ в Москве мы использовали один из достаточно мощных сортировочно-эвакуационных госпиталей (СЭГ). Он был развернут близ вокзалов, где производилась погрузка санитарных поездов. СЭГ размещался в помещениях большой емкости. Это обстоятельство, а также хороший штат СЭГ позволяли развернуть на его базе контрольно-эвакуационный госпиталь значительной пропускной способности — до двух санитарных поездов в сутки. Несколько позже нам при-

шлось организовать КЭГ в Туле, где для этой цели был использован один из эвакуационных госпиталей. В Калуге для выполнения тех же функций был использован эвакоприемник, несколько усиленный врачебным составом. Это учреждение мы назвали контрольно-эвакуационным пунктом (КЭП).

На КЭГ мы возложили выполнение следующих функций: 1) прием раненых, подлежащих эвакуации в тыл санитарными поездами; 2) проверку правильности отбора на эвакуацию и подготовки к ней (санитарной обработки, материального обеспечения, оформления медицинских и хозяйственных документов); 3) окончательную подготовку раненых для погрузки в санитарные поезда.

В дальнейшем, по мере развития КЭГ и освоения им своих функций, на него была возложена также проверка правильности предшествующего лечения в госпиталях московской базы.

Погрузку раненых в военно-санитарные поезда (ВСП) КЭГ не осуществлял. Как сказано было выше, на вокзалах были развернуты эвакоприемники, которые и выполняли эту работу. В других пунктах, где были организованы КЭГ, они производили погрузку ВСП.

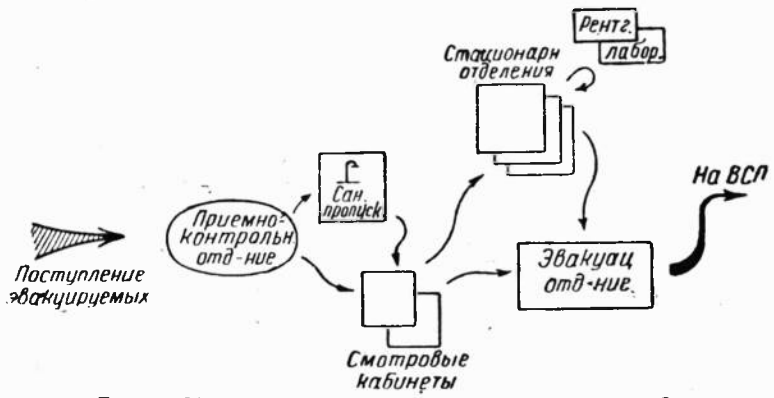


Рис. 1. Принципиальная схема развертывания КЭГ

Организация КЭГ была произведена по принципиальной схеме, изображенной на рис. 1. В КЭГ были развернуты следующие подразделения: 1) приемно-контрольное отделение; 2) санитарный пропускник; 3) смотровые кабинеты для раненых и больных; 4) перевязочные и операционные; 5) эвакуационное отделение; 6) стационарное отделение; 7) изолятор; 8) аптека, лаборатория, рентгеновские кабинеты.

На приемно-контрольное отделение были возложены следующие функции: разгрузка прибывающих машин с ранеными и больными; прием раненых и больных и их размещение; регистрация раненых и больных; выявление нуждающихся в медицинской помощи; проверка санитарной обработки; проверка наличия медицинских и материальных документов и материального обеспечения эвакуируемых.

Для выполнения перечисленных функций назначался дежурный наряд в составе медицинских сестер, санитаров и санитаров-носильщиков. Наряд возглавлялся врачом. Учитывая несложность выполняемых отделением функций, мы считали возможным назначение старшим дежурного наряда опытного фельдшера в тех КЭГ, которые выполняли меньшую по объему работу. Дежурному наряду выделялся обменный фонд носилок (в холодное время года также теплых вещей).

Эвакуируемые, поступающие в приемно-контрольное отделение, разделялись на два «потока» — раненых и больных. И те, и другие размещались в отдельных помещениях. Равным образом отдельно размещались ходячие и носилочные раненые. Все выявляемые в приемно-

контрольном отделении раненые и больные, нуждающиеся в срочной медицинской помощи, подлежали немедленному направлению в перевязочную (операционную) или в соответствующее медицинское отделение.

Для контроля за санитарной обработкой в приемно-контрольном отделении было оборудовано хорошо освещенное место (с лампами-рефлекторами), где эвакуируемые подвергались тщательному осмотру. Если при осмотре у эвакуируемых выявлялись дефекты санитарной обработки, то они направлялись в санитарный пропускник, а их вещи подвергались дезинсекции.

Основная контрольная медицинская работа производилась в смотровых кабинетах. Здесь раненые и больные подвергались осмотру, который имел целью проверить: правильность отбора на эвакуацию; оформление медицинских документов; предшествующее лечение.

Смотровые кабинеты были размещены в комнатах, оборудованных всем необходимым для осмотра раненых и больных. Для удобства осмотра носилочных раненых в смотровом кабинете были изготовлены высокие, около 1 м вышиной, подставки, на которые устанавливались носилки с ранеными. Для осмотра раненых и больных в смотровые кабинеты назначались дежурные бригады, возглавляемые опытным хирургом и терапевтом. Проверка правильности отбора на эвакуацию и подготовки к ней раненых производилась в смотровых кабинетах без снятия повязки. Нетранспортабельных, а также раненых и больных, нуждающихся в медицинской помощи или в более детальном обследовании, направляли соответственно в перевязочную (операционную) или в стационарное отделение. Всех остальных раненых направляли в эвакуационное отделение. Перевязочная и операционная оборудовались по обычному типу. Опыт показал, что для оказания помощи в КЭГ достаточно иметь перевязочную на 2—3 стола и операционную на 1 стол. Для обслуживания этих подразделений достаточно одной дежурной бригады.

В смотровых кабинетах и перевязочной производилось уточнение порядка эвакуации (в каком типе вагона, на верхнем или на нижнем месте). Все легко выправимые дефекты медицинской документации, а также подготовки к эвакуации немедленно устранялись в перевязочной. В ней же осуществлялось в необходимых случаях обследование раненых со снятием повязки. Более сложные хирургические вмешательства производились в операционной. В необходимых случаях раненых и больных направляли в соответствующие диагностические кабинеты (рентгеновский кабинет, лабораторию). Для больных, подозрительных на инфекционные заболевания, в КЭГ был оборудован изолятор.

Для госпитализации нетранспортабельных, а также тех раненых и больных, которые нуждались в дополнительном детальном обследовании, в КЭГ было развернуто стационарное отделение. В палатах этого отделения были созданы все условия для госпитального лечения и ухода за ранеными и больными. Палаты для раненых были диференцированы по различным специальностям, для больных были оборудованы отдельные палаты.

Если основная приемно-контрольная работа производилась в приемно-контрольном отделении и в смотровых кабинетах, то вся заключительная работа по подготовке раненых и больных к эвакуации была возложена на эвакуационное отделение. Это отделение выполняло следующие функции: 1) размещение раненых и больных и уход за ними; 2) заключительная подготовка к эвакуации: выдача плацкарт, формирование повагонных групп раненых (больных) и составление повагонных списков; окончательная проверка готовности к эвакуации и оформление всех документов (записи в медицинских документах, вы-

писка аттестатов и пр.), погрузка на санитарные машины для следования к железнодорожной санитарной рампе.

В Московском КЭГ палаты эвакуационного отделения были дифференцированы по специальностям (для челюстно-лицевых раненых, для нейрохирургических и др.). Направление раненых в эти палаты осуществлялось из приемно-контрольного отделения и смотровых кабинетов. В палатах эвакуационного отделения допускалось более упрощенное размещение раненых — на носилках. Как правило, раненые в палатах не раздевались и находились в них полностью подготовленными к погрузке в ВСП. Формирование групп раненых для каждого вагона санитарного поезда (повагонных групп) осуществлялось в отдельных просторных помещениях, куда эвакуируемые сосредоточивались перед погрузкой на машины. Для каждой группы в этих помещениях отводилось определенное место, обозначаемое указателями (рис. 2). В Калуге в КЭП эвакопункта, где начальником был т. Мазур, техника работы эвакуационного отделения была построена несколько иначе. Сосредоточение раненых и больных в палатах эвакуационного отделения сразу производилось по принципу формирования повагонных групп: например, одна палата для тяжело раненых (для специального вагона «ТР» санитарного поезда), палаты для носилочных раненых для обычных вагонов и т. д. При этом учитывалась средняя емкость вагона соответствующего типа. Перед погрузкой раненых на санитарные машины производилось окончательное уточнение повагонных групп и составление на них списков в соответствии с паспортом поезда, подаваемого под погрузку. При формировании повагонных групп предусматривалось по возможности сосредоточение в них раненых и больных с одинаковыми сроками лечения (для направления в ГЛР, для эвакуации во фронтовой тыл и пр.). Особое внимание при окончательной подготовке раненых к эвакуации в тыл обращалось на тех раненых, которые нуждались в специализированном лечении. Эти раненые, как правило, выделялись в особые группы.

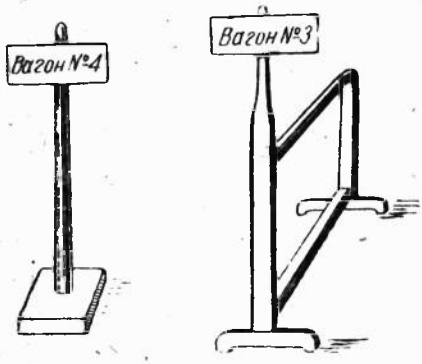


Рис. 2. Указатели, применяемые при формировании повагонных групп

Для ускорения погрузки раненых в санитарный поезд каждый эвакуируемый снабжался посадочным талоном-плацкартой. В них отмечался номер вагона поезда и тип места (нижнее, верхнее, 2-й ярус, 3-й ярус). Талоны-плацкарты выдавались в соответствии с паспортом поезда, поданного под погрузку. Талоны прикреплялись у носилочных раненых поверх одеяла, у ходячих раненых — к одежде на левой стороне груди.

Большое значение в деятельности КЭГ придавалось выявлению и учету дефектов отбора и подготовки раненых и больных к эвакуации. Все выявленные дефекты записывались в приемно-контрольном отделении и в смотровых кабинетах на листках бумаги, а затем заносились в особые тетради. Для каждого госпиталя в зависимости от его емкости и объема работы заводилась отдельная тетрадь или в тетради отводился раздел (несколько листов). В последующем для регистрации дефектов в КЭГ была введена система карточек. Последние заводились на каждого раненого (больного), у которого был обнаружен дефект. По заполнении карточки раскладывались в картотеку в гнезда, соответствующие тому или иному госпиталю. На каждого раненого с де-

фектами подготовки к эвакуации составлялась «сигнализационная» карточка, которая отсылалась начальнику соответствующего госпиталя. При необходимости для ознакомления с дефектами вызывался представитель данного госпиталя. Деятельность КЭГ по выявлению и учету дефектов, разумеется, не являлась самоцелью, а использовалась для мероприятий по повышению качества лечебной работы, документации и обеспечения раненых в госпиталях базы. С этой целью, кроме высылки сигнализационных карточек и вызова представителей госпиталей в КЭГ, начальник эвакопункта по мере надобности созывал совещания врачебного состава госпиталей; на совещаниях заслушивались доклады начальника КЭГ и его ведущих специалистов. Следует отметить, что работа КЭГ в очень скором времени получила всеобщее признание среди госпиталей московской базы и, несомненно, сыграла положительную роль в улучшении качества лечения и обслуживания раненых и больных.

Как сказано выше, положительный опыт работы КЭГ в московской госпитальной базе побудил летом 1942 г. организовать подобные учреждения в Туле и в Калуге. Организация работы этих учреждений строилась по тому же принципу, как и в московском КЭГ. Разница заключалась лишь в том, что оба учреждения, кроме контрольной работы, осуществляли также погрузку санитарных поездов и летучек. Тульская и калужская госпитальные базы выполняли значительно меньшую по объему эвакуационную работу по сравнению с московской базой; кроме того, в отличие от Москвы погрузка санитарных поездов как в Туле, так и в Калуге осуществлялась в основном с одного вокзала. Это и побудило возложить на тульский КЭГ и калужский КЭП погрузку санитарных поездов. В остальном организация работы этих учреждений была аналогичной с московским КЭГ. Имели место лишь мало существенные отличия, вытекавшие из условий размещения этих учреждений и меньшего объема их работы. Например, в калужском КЭП из-за отсутствия помещений смотровые кабинеты не были оборудованы; осмотр раненых и больных производился в приемно-контрольном отделении.

В целом опыт организации КЭГ (КЭП) в крупных госпитальных базах фронта себя полностью оправдал. Это побудило командование Санитарного управления Западного фронта издать 31 июля 1942 г. особый приказ, в котором была объявлена инструкция об организации работы КЭГ (КЭП).

Однако были и «противники» организации подобных учреждений. Основное возражение этих противников сводилось к тому, что КЭГ создает многоэтапность при эвакуации раненых и больных и что в связи с этим раненый подвергается излишнему травмированию при транспортировке в КЭГ, а не непосредственно к санитарному поезду. Это возражение, несомненно, заслуживает внимания лишь в том случае, если КЭГ (КЭП) развертывается вдали от места погрузки санитарных поездов. Безусловно этого нельзя допускать. КЭГ (КЭП) обязательно должен развертываться близ железнодорожной санитарной рампы. Тогда опасения излишней транспортировки и травмирования раненых отпадают. Что касается лишнего этапа эвакуации, который будто бы представляет собой КЭГ, то этот вопрос вряд ли нуждается в обсуждении.

Не следует, разумеется, думать, что организация КЭГ потребовалась вследствие плохой работы госпиталей по отбору и подготовке раненых к эвакуации. Дефектов в этой работе было немного. Выявляя и исправляя эти дефекты и сигнализируя о них, КЭГ предупреждал возможность их повторения. Уже в этом заключалась положительная работа КЭГ. Наряду с этим сосредоточение в одном госпитале раненых и больных, подлежащих эвакуации в тыл, в значительной степени облегчало организацию эвакуационной работы. Благодаря этому быстрее освобож-

дались койки в госпиталях базы для приема вновь поступающих раненых. Погрузка санитарных поездов происходила более организованно; при этом соблюдалось надлежащее диференцирование раненых по видам необходимого им лечения. Кроме того, КЭГ в немалой степени выполнял роль противоэпидемического «барьера», не допуская эвакуации в тыл контингентов, подозрительных на инфекционные заболевания или имеющих дефекты санитарной обработки. Все это заставляет признать весьма полезной деятельность КЭГ.

На основании опыта организации КЭГ (КЭП) на Западном фронте можно сделать следующие краткие выводы:

1. КЭГ целесообразно развертывать во всех крупных фронтовых госпитальных базах, выполняющих значительную по объему эвакуационную работу.

2. Для организации КЭГ целесообразно использовать один из эвакуационных госпиталей, усиливая его при необходимости командой санитаров-носильщиков для разгрузочно-погрузочных работ.

3. КЭГ необходимо развертывать близ места погрузки санитарных поездов или санитарно-транспортных судов (СТС). Погрузку ВСП (СТС) следует возлагать на КЭГ.

4. Контрольная работа КЭГ должна использоваться для повышения качества лечения и обслуживания раненых в данной госпитальной базе. Наряду с этим КЭГ должны выполнять роль противоэпидемического барьера, что имеет большое значение при наличии эпидемических заболеваний.

5. Можно рекомендовать организацию работы КЭГ строить по схеме, которая применялась на Западном фронте и описана в настоящей статье.

★

Полковник мед. службы В. Н. ШУСТОВ

ОБ ОТДЕЛЬНОЙ РОТЕ МЕДИЦИНСКОГО УСИЛЕНИЯ

(В порядке обсуждения статьи А. С. Георгиевского в „ВМЖ", июль—август 1944 г.

ОРМУ — детище советской военной медицины. Вопросы о штатно-организационной структуре, назначении, санитарно-тактическом использовании и организации работы ОРМУ в различных условиях боевой обстановки еще совсем недавно решались на основе чисто теоретических расчетов и небольшого опыта работы «Групп усиления» в период войны с белофиннами 1939/40 г. За четыре года войны с фашистской Германией накоплен огромный организационный опыт.

Тов. Георгиевский поднял ряд актуальных вопросов, связанных с деятельностью ОРМУ. Однако предложенные им решения вопросов не представляются непосредственно связанными с опытом войны и дают не вполне современное их освещение. Вместе с тем статья вызывает ряд недоуменных вопросов, оставить которые без внимания невозможно.

Так, говоря о задачах «санитарного маневра», т. Георгиевский заявляет, что «одним из основных средств маневренного резерва начальника санслужбы для выполнения последней из перечисленных задач» (а именно «увеличения количества санитарно-транспортных средств») является отдельная рота медицинского усиления» (стр. 45). Это совершенно не свойственно ОРМУ и такое утверждение, видимо, вызвано недоразумением.

Правильно отметив, что «ОРМУ нельзя рассматривать только как

средство хирургического усиления», автор статьи пишет далее: «Основным назначением и задачей ОРМУ является:

1. «Обеспечение квалифицированной хирургической помощи на любом из этапов эвакуации, начиная с ДМП.

2. «Усиление этапов эвакуации, не имеющих достаточно квалифицированных кадров»...

3. «Обеспечение специализированной помощью раненых и пораженных БОВ в войсковом, армейском и ближайшем фронтовом тылу»...

4. «Проведение рентгеновских исследований»...

5. «Обеспечение консультативной помощью... и работа на повышение качества лечебной работы и квалификации»...

Нетрудно видеть, что основная задача ОРМУ в определении т. Георгиевского выглядит расплывчато, теряется среди задач второстепенных, а формулировка его может даже дезориентировать читателя. Его определение также противоречит цитате, которую он приводит (стр. 46) для подкрепления своих суждений.

Тов. Георгиевский возлагает на ОРМУ непосильные задачи — обеспечить «квалифицированную хирургическую помощь на любом этапе, начиная от ДМП»... и «Обеспечение специализированной помощью раненых и пораженных БОВ (а больных? В. Ш.) в войсковом, армейском и... фронтовом тылу»...

Вместе с тем автор ограничивает рамки специализированной помощи специальностями нейрохирургической, глазной, челюстной, рентгенологической и токсико-терапевтической, становясь тем самым в противоречие с директивой ГВСУ КА от 7.I.44 г. (см. «Указания по В.П.Х.» — 1944 г.).

Позволим себе с подобной трактовкой роли ОРМУ не согласиться и остановиться на основных вопросах, которые выдвигаются опытом работы полевой медицинской службы:

1. Какие задачи должны быть возложены на ОРМУ.

2. Удовлетворяет ли всем требованиям существующая штатно-организационная структура ОРМУ.

3. Нужна ли ОРМУ фронтового подчинения.

4. Как следует организовать работу ОРМУ.

Специализированное лечение пострадавших в бою и заболевших осуществляется, начиная с армейского (но не с войскового) района, специализированными госпиталями: ХППГ, ТППГ, ИППГ, ГЛР, ТЭГ и др., а также отдельной ротой медицинского усиления. ОРМУ организует на базе ХППГ второй линии такие виды специализированной помощи, которые не могут быть осуществлены армейскими лечебными учреждениями самостоятельно, а именно нейрохирургическую, глазную, челюстно-лицевую, ЛОР, урологическую и гинекологическую, а также помогает (вот здесь будет к месту термин «усиливать») или целиком берет на себя инициативу в деле организации специализированной помощи раненым с повреждением кости бедра и крупных суставов и с ранениями, проникающими в грудную и брюшную полости. Это, т. е. обеспечение специализированной помощью в армейском районе, и стало основным назначением и основной задачей ОРМУ.

Уже в 1943 г. «Общехирургические» (ОХ) группы стали укомплектовывать специалистами травматологами-ортопедами, урологами, гинекологами-хирургами, врачами, хорошо знакомыми с торако-абдоминальной хирургией. Практическое использование ОХ групп в МСБ стало исключением, а направление их в ХППГ первой линии перестало быть правилом. С помощью ОХ-групп, например, стала возможной специализация «ХППГ — бедро», для успешной работы которого необходимы не только специальное оснащение (аппараты для вытяжения, гипс), но

и хорошо подготовленные, натренированные хирургические и гипсовальные бригады.

Вот почему слово «усиление» не может передать точного смысла, когда говорят об ОРМУ, а название «ОРМУ» перестало отвечать своему содержанию. По нашему мнению, своевременно дать ОРМУ новое, более соответствующее ее задачам название — «отряд специализированной медицинской помощи» (ОСП).

К этой организации если и применимо понятие усиления, то только в определенном смысле, в смысле усиления специализированной помощи в ГБА. Об организации специализированной медицинской помощи в войсковом районе серьезно говорить нельзя. Можно говорить лишь об элементах специализированной помощи, к которым необходимо отнести некоторые «жизненно показанные хирургические операции» (директива начальника ГВСУ КА от 7.I.1944 г.)—закрытие открытого пневмоторакса, вскрытие брюшной полости при проникающих ранениях живота, операции на черепе при угрожающем кровотечении из мозга или нарастающих признаках повышения внутричерепного давления и некоторые другие. Однако это лишь элементы специализированной помощи, которые должны выполняться рядовыми врачами-хирургами и о которых мы должны говорить так, как если бы речь шла о трахеотомии или интубации.

Опыт деятельности ОРМУ выдвинул ряд вопросов, касающихся штатно-организационной структуры ее. Так, например, симбиоз представителей двух столь анатомически близких специальностей, как офталмология и ото-ларингология, в одной «ЛОР-офталмогруппе» практически не оправдался — они, как правило, работают врозь.

Совершенно недостаточным является количество и состав рентгенгрупп в ОРМУ. Поэтому мы должны признать совершенно естественными попытки некоторых начсанармов усилить рентгенгруппы ОРМУ путем включения в их состав рентгенкабинетов ТППГ и ЭГ, когда те находятся в свернутом состоянии. Опыт подсказывает также необходимость увеличить число общехирургических групп и профилировать их, т. е. создать, например, «травматологические» и «торакоабдоминальные» группы.

Должен быть также пересмотрен вопрос о роли начальников специализированных групп.

Неправильно было бы использовать специалистов ОРМУ в роли просто консультантов, как это предлагает т. Георгиевский. Фактически начальники нейрохирургической, стоматологической и офталмо-ЛОР групп являются помощниками армейского хирурга по организации соответствующего вида помощи, а начальника одной из рентгенгрупп иногда именуют «армейским рентгенологом» и не без оснований.

Нельзя не согласиться с т. Георгиевским, что опыт медицинского обеспечения Красной Армии в Отечественную войну диктует необходимость создания фронтовой ОРМУ. Маневренный характер современной войны, быстрые продвижения войск на огромные, измеряемые сотнями километров, расстояния по местности с разрушенными коммуникациями и жилым фондом привели начальников медицинской службы фронтов к необходимости образовывать особые полевые подвижные госпитальные базы. В состав этих подвижных госпитальных баз фронта включаются главным образом ППГ, ФГЛР и эвакоприемники и возглавляются они ПЭП фронтового подчинения. Создав их, начальники санслужбы фронтов приобрели действительно мощный и маневренный резерв для помощи медицинской службе армии при быстрых наступательных операциях, путем выдвижения этих полевых подвижных ГБФ вперед. Можно было бы привести много примеров, когда полевые подвижные эшелоны ГБФ «накрывали» оторвавшиеся от войск ГБА, освобождали их для следования за армией. Однако подобные ма-

невры были бы в значительной мере обесценены, если бы начальник ПЭП, осуществляющий этот маневр, не имел в составе подчиненных ему учреждений также и ОРМУ.

Теме о том, как нужно организовать работу ОРМУ, должны быть посвящены особые статьи. Укажу лишь, что нередко можно встретить «сращивание» групп ОРМУ, главным образом групп узкой специальности, с ХППГ, причем за последним закрепляется название «специализированный», а группа ОРМУ теряет всякую самостоятельность. Происходит это отнюдь не из-за недостатка кадров специалистов, чем пытаются оправдать подобное явление начсанармы. Недостаток в квалифицированных кадрах, если он и имеет место в некоторых армиях, не снимает, а, наоборот, увеличивает необходимость иметь специалистов именно в составе подвижных групп, но не закреплять их за одним учреждением. «Сращивание» групп ОРМУ с ППГ ограничивает маневренность последних и медицинской службы армии в целом и поэтому должно осуждаться самым категорическим образом.

Создание ОРМУ полностью себя оправдало, но опыт Отечественной войны требует совершенствовать эту молодую военно-медицинскую организацию.

Выводы

1. Основным назначением ОРМУ является обеспечение пораженных в бою и заболевших специализированной медицинской помощью в армейском районе, т. е. в ГБА, а также в первом полевом подвижном эшелоне ГБФ. Фронтовая ОРМУ нужна.

2. Штатно-организационная структура ОРМУ нуждается в усовершенствовании: увеличении числа и состава некоторых специализированных групп, профилизации общехирургических групп и включении групп других специальностей (например, урологической).

3. Название «ОРМУ» не соответствует содержанию ее работы. Более соответствующим было бы название «Отряд специализированной медицинской помощи» — ОСП.

★

В МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ И НА НАУЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ

В ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ИМ. С. М. КИРОВА

ЮБИЛЕИ ВЫДАЮЩИХСЯ УЧЕНЫХ

29 декабря 1945 г. Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова праздновала юбилей четырех ученых, имена которых известны всему медицинскому миру Советского Союза и широким кругам представителей зарубежной науки. Юбиляры обогатили отечественную и мировую медицину многими блестящими достижениями, сплошь и рядом открывавшими новые этапы в ее развитии. Великий русский писатель Алексей Максимович Горький говорил: «Мы живем в счастливой стране, где есть кого любить и уважать». К числу таких людей с полным правом можно отнести и юбиляров: действительного члена Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР, профессора, генерал-лейтенанта мед. службы Николая Николаевича Аничкова, члена-корреспондента Академии наук СССР, действительного члена Академии медицинских наук СССР, засл. деятеля науки, профессора, генерал-лейтенанта мед. службы Виктора Петровича Осипова, действительного члена Академии медицинских наук СССР, засл. деятеля науки, профессора, генерал-лейтенанта мед. службы Владимира Николаевича Тонкова и действительного члена Академии медицинских наук СССР, засл. деятеля науки, старейшего профессора Военно-медицинской академии, генерал-лейтенанта мед. службы Виктора Николаевича Шевкуненко. Все они являются создателями своих научных школ, питомцы которых последовательно развивают их учение; юбиляры много труда, отеческой заботы и внимания отдали и отдают делу воспитания нового поколения молодых советских врачей, вооружая их новейшими достижениями современной медицинской науки. Заслуги этих ученых правительство СССР не раз отмечало высокими наградами.

* * *

Николай Николаевич Аничков родился в 1885 г. В 1909 г. он окончил Военно-медицинскую академию и с 1917 г. возглавляет в ней кафедру патологической физиологии, а с 1939 г. — кафедру патологической анатомии.

Николай Николаевич заслуженно пользуется славой блестящего преподавателя. Лекции его всегда глубоко содержательны, насыщены новейшими достижениями научной мысли и безукоризненны по форме. Они одинаково увлекательны и поучительны как для студентов, так и для преподавателей. Руководя кафедрой патологической анатомии, Николай Николаевич переработал программы, изменил методику преподавания, сделав ее максимально наглядной, ввел демонстрацию на лекцию музейных и макроскопических препаратов, реорганизовал музей кафедры, обладающий теперь большой коллекцией диапозитивов и таблиц. Все это значительно облегчило усвоение слушателями патологической анатомии. Большое внимание уделяет Николай Николаевич и подготовке новых научных кадров. Внимательный, настойчивый и требовательный к самому себе в оценке фактов, он своим примером учит, как следует научно анализировать полученные на практике данные, вдохновляет учеников на упорный творческий труд. Часто встречаясь в прозекторской работе с врачами-клиницистами, Николай Николаевич много содействует повышению их квалификации. Он учит клиницистов анатомическим сопоставлениям, методу познавания сущности болезни, ее патогенеза и динамики развития.

В 1920 г. Николая Николаевича избрали заведующим патологоанатомическим отделом Института экспериментальной медицины. Первой крупной проблемой, над которой начал работать отдел, была проблема атеросклероза. К разработке этой проблемы Николая Николаевича хорошо подготовила предыдущая научная деятельность: были выяснены закономерности патогенеза атеросклероза, выработана основная концепция. Требовалось тщательно проверить их и подтвердить фактическим материалом. Работа шла по нескольким направлениям: подробно изучался атеросклероз у человека во всех стадиях его развития, путем изучения этого процесса выяснялись закономерности развития страдания, производились сравнительные патологические исследования, экспериментально изучался атеросклероз у животных.

Все работы подтвердили инфильтративную теорию атеросклероза. Но в то же время они показали, что инфильтрация стенок сосудов липоидами лишь частный случай каких-то общих закономерностей. И Николай Николаевич вместе с сотрудниками начал изучение этих закономерностей. Потребовались годы творческого труда, огромный статистический и секционный материал. В процессе этого изучения развивалось учение о ретикуло-эндотелиальной системе.

В 1930 г. Н. Н. Аничков издал монографию, в которой исчерпывающе изложил свою концепцию о ретикуло-эндотелиальной системе, в 1933 г. анализировал экспериментальный атеросклероз, а в 1934 г. в обширном докладе, построенном на огромном статистическом материале, обосновал свое учение об атеросклерозе и учение о ретикуло-эндотелиальной системе на международном съезде в Утрехте. Учение это быстро получило полное признание в мировой науке.

Второй выдающейся работой Н. Н. Аничкова нужно признать анализ инфекционных процессов. Эта работа также была подготовлена ранними научными исследованиями Аничкова в области воспалительных явлений. Выполнение ее значительно облегчали исследования по ретикуло-эндотелиальной системе, по-новому объяснявшие инфекционные процессы. Изучая влияние нарушения защитных приспособлений организма на инфицирование его различными микробами, которые для нормального здорового организма не являются болезнетворными, Николай Николаевич показал, как развивается такая «самоинфекция» в желчных путях и печени, насколько велико значение нарушения защитных приспособлений организма в генезе аппендицита. Это позволило поставить теоретически важные вопросы об «аутоинфекционном» происхождении пневмоний, некоторых видов заболеваний почек и т. д. и открыло перед медицинской наукой принципиально новый подход к патогенезу инфекционных процессов.

Этим не исчерпываются научные исследования Н. Н. Аничкова. Под его руководством патологоанатомический отдел Института экспериментальной медицины выпустил прекрасные работы по фузо-спирохетозной гангрене, о менингите, монографию о бруцеллезе, большое количество работ по заболеваниям тифозно-паратифозной группы и, наконец, замечательное исследование по патологической анатомии уровской болезни.

Николай Николаевич Аничков создал советскую школу патологов, объединенную единым отношением к науке и научной работе, отличающуюся особенной тщательностью проверки фактов, живым интересом ко всякой новой идее, выдвигаемой жизнью и в процессе научных изысканий.

В годы Великой отечественной войны Николай Николаевич, продолжая свою научную и педагогическую деятельность, принимал живое участие в работах Ученого медицинского совета при начальнике Главного военно-медицинского управления вооруженных сил СССР, много помог в организации патологоанатомической работы в действующей Красной Армии, руководил научной работой врачей эвакогоспиталей Самарканда и содействовал улучшению лечения больных и раненых.

29 декабря 1945 г. Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова и Главное военно-медицинское управление вооруженных сил СССР торжественно отметили шестидесятилетие со дня рождения и более 35 лет научной работы Н. Н. Аничкова.

* * *

«Глубокоуважаемый Виктор Петрович!

От имени генеральского и офицерского состава медицинской службы Красной Армии и от себя лично поздравляю Вас в день пятидесятилетия Вашей научной, врачебной, педагогической и общественной деятельности.

Отечественная психиатрия приобрела в Вашем лице крупнейшего клинициста и теоретика, создателя научной школы, внедряющей диалектический метод познания в эту сложную область клинической медицины.

Применяемый Вами патофизиологический метод в психиатрии, сближая клинику с невропатологией, физиологией и патологией высшей нервной деятельности, позволяет глубже раскрыть природу и механизмы психопатологических состояний.

Более 27 лет Вашей научно-врачебной деятельности тесно связаны с успешным разрешением вопросов организации психиатрической помощи в Красной Армии.

Подготовленные Вами высококвалифицированные кадры, выполняя Ваши указания, плодотворно руководят психиатрической помощью в Красной Армии.

Желаю Вам здоровья для дальнейшей плодотворной деятельности на благо нашей Родины», — писал начальник Главного военно-санитарного управления Красной Армии т. Смирнов в своем приветствии **Виктору Петровичу Осипову.**

Виктор Петрович Осипов родился в 1871 г. В 1895 г. он окончил Военно-медицинскую академию и целиком отдался научной деятельности. Еще будучи студентом, в 1894 г., он написал работу «Анатомические исследования центральных окончаний блуждающего нерва с применением преимущественно метода атрофии», за которую конференция Академии удостоила его золотой медали.

Свою научную деятельность Виктор Петрович Осипов начал на первой в России кафедре психиатрии, основанной отцом русской психиатрии Иваном Михайловичем Балинским. Здесь Виктор Петрович воспринял лучшие традиции выдающихся русских психиатров: Балинского, Мержевского, Бехтерева, наложившие глубокий отпечаток на дальнейшую научно-исследовательскую деятельность Виктора Петровича. Значительное и благотворное влияние на формирование его научно-творческого метода оказала и совместная работа в период заграничной командировки с такими корифеями науки, как Крепелин, Нисель, Ашафенбург, Оппенгейм, Мунк — выдающиеся клиницисты Франции и работники лаборатории Мечникова.

В 1906 г. Виктора Петровича избрали профессором и он получил кафедру психиатрии в Казанском университете, а в 1910 г. — кафедру психиатрии в Военно-медицинской академии. За время своей педагогической деятельности он подготовил

много военных врачей, научных работников, профессоров и написал ряд ценнейших руководств по психиатрии, в том числе «Вопросы психического распознавания для определения годности к военной службе», изданное в 1944 г.

Исследовательскую деятельность Виктора Петровича открывает его диссертация на звание доктора медицинских наук «О сокращении желудка, кишок и мочевого пузыря в течение падучных приступов». Эта работа выдвигала и доказала смелое в то время положение о том, что функция внутренних органов тесно связана с деятельностью коры головного мозга. Теперь это положение уже не вызывает сомнений: оно в наши дни подтверждено многими клиническими и физиологическими исследованиями. В работе «Кататония Кальбаума», вышедшей в свет в 1907 г., Виктор Петрович предвосхитил современную постановку вопроса об этой болезни, указав, что происхождение явлений кататонического синдрома нельзя объяснить с патологической точки зрения, как это пытались делать некоторые психиатры (Крепелин, Блейлер). Кататоническое состояние объясняется с патофизиологической точки зрения как следствие нарушения иннервационных взаимоотношений между корой и подкорковыми областями мозга. Весьма важной является работа о природе прогрессивного паралича, в которой Виктор Петрович доказывает, что прогрессивный паралич есть поздний сифилитический психоз. Основываясь на этом, он выдвигает способ комбинированного лечения недуга малярией и тяжелыми металлами. В ряде работ, в том числе в журнальных статьях, в выступлениях на съездах и конференциях Виктор Петрович резко критикует слишком широкое толкование понятий о шизофрении и психопатии. Виктором Петровичем написано около 200 работ по морфологии и физиологии нервной системы, психофизиологии, невропатологии и психиатрии.

С 1929 г. Виктор Петрович является директором Института мозга им. Бехтерева. Под его руководством институт посвятил свою деятельность построению науки о мозге и психике и подготовке высококвалифицированных научных кадров.

Педагогическую и научную работу Виктор Петрович сочетает с широкой общественной и политической. Он был редактором «Советской врачебной газеты», главным редактором «Малой энциклопедии практической медицины», депутатом Ленинградского городского совета депутатов трудящихся, депутатом областного совета, работал в профорганизациях союзов работников просвещения и здравоохранения, был организатором и участником многих научных съездов и конференций, работал в Комиссии по улучшению быта ученых.

В годы Великой отечественной войны Виктор Петрович Осипов много сделал для организации психиатрической помощи в Красной Армии, для лечения раненых и больных защитников нашей Родины.

* *
*

Действительный член Академии медицинских наук СССР, профессор Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, засл. деят. науки, генерал-лейтенант мед. службы **Владимир Николаевич Тонков** является крупнейшим анатомом страны. Уже в 25 лет, в 1897 г., он получил научное звание доктора медицинских наук, а в 1900 г.— звание профессора. С 1915 г. Владимир Николаевич заведует кафедрой нормальной анатомии Военно-медицинской академии. После Великой социалистической Октябрьской революции он был первым начальником Военно-медицинской академии и осуществлял перестройку академии в соответствии с требованиями, которые к ней предъявляла молодая Советская республика.

Владимир Николаевич принадлежит к числу ученых, не замыкающихся в своем кабинете, живо откликающихся на все вопросы практики, активно участвующих в борьбе за лучшее будущее. Еще в годы царизма Владимир Николаевич был основателем и председателем Казанского общества народных университетов, затем вместе с Алексеем Максимовичем Горьким активно работал в Комиссии по улучшению быта ученых. С большой энергией проводил после Октябрьской революции культурно-просветительную работу на заводах в Ленинграде.

Основное место в научных работах Владимира Николаевича занимают исследования по анатомии сосудистой системы человека. Он первый диференцировал понятие артерий, питающих нервные стволы, и артерий — их спутниц, описал артерии и вены лимфатических узлов, особенности оттока венозной крови из поджелудочной железы, разработал морфологию артерий плеча и предплечья. Последней работой Владимир Николаевич опроверг общепризнанное мнение Зернова-Дювернуа о том, что двойная плечевая артерия — нормальная форма для человеческого зародыша второй половины утробной жизни. Блестящими исследованиями селезенки Владимир Николаевич доказал, что этот орган у всех позвоночных формируется из мезенхимы, опровергнув мнение о том, что у различных позвоночных этот орган формируется из разных источников. Сейчас положения Владимира Николаевича Тонкова, выдвинутые в его трудах по морфологии артерий плеча и предплечья и по развитию селезенки, признаны всей медицинской наукой и являются фундаментальными.

Всего В. Н. Тонков написал более 100 научных работ, в том числе лучшее руководство по нормальной анатомии, переведенное на языки нескольких братских народов. В этом руководстве впервые проведен принцип онто-филогенетического освещения анатомического материала.

В системе преподавания нормальной анатомии В. Н. Тонков первый осуществил на деле идею комплексного метода, т. е. разработал теорию и практику функционального объединения учения о форме и структуре, первый ввел экспериментальное отделение (операционная, рентген), сделав его непременной составной частью кафедры анатомии. Экспериментальный метод в анатомических исследованиях позволил подвергнуть исчерпывающему анализу множество вопросов, относящихся к проблемам коллатерального кровообращения.

Еще в самом начале своей педагогической деятельности, во время работы в Казанском университете, Владимир Николаевич начал привлекать к своим исследованиям окружающих его учеников. Позже к нему стали обращаться за помощью научные работники-анатомы других университетов и медицинских институтов, и некоторые из них долго работали под его непосредственным руководством. Так постепенно за 50 лет создалась школа анатомов-морфологов, о которой акад. Воробьев сказал, что она «превратилась в своеобразный сектор кадров молодых анатомов-специалистов». Многие ученики В. Н. Тонкова руководят кафедрами в крупнейших научных центрах нашей страны.

В годы Великой отечественной войны, когда проводилась реорганизация академии им. С. М. Кирова, В. Н. Тонков стал руководителем вновь созданного командно-медицинского факультета.

Владимир Николаевич восхищает всех знающих его своей неутомимой энергией, активностью и энтузиазмом, огромным опытом педагога и организатора.

* *
*

Виктор Николаевич Шевкуненко окончил Военно-медицинскую академию в 1895 г. и для усовершенствования остался при госпитальной хирургической клинике проф. Ратимова. В 1897 г. он защитил докторскую диссертацию «Современное лечение косолапости» и по конкурсу получил заграничную командировку. Во время этой командировки Виктор Николаевич изучал работу виднейших представителей медицинской науки Англии, Франции, Германии, Австро-Венгрии, Швейцарии и США. В 1912 г. он получил кафедру оперативной хирургии и топографической анатомии.

В это время топографическая анатомия была описанием мертвых, застывших форм и положения человеческих органов. Еще основоположник русской военно-полевой хирургии Н. И. Пирогов писал, что «анатомия так же мертва, как и изучаемый ею объект», что «нельзя руководствоваться при оперативных упражнениях на трупах, не говоря уже об операциях на живых, рисунками артериальных стволов в лучших трудах по хирургической анатомии». Это высказывание Пирогова будет понятно, если учесть, что в основе анатомии лежала норма, т. е. описание органов, сделанное на основании средних арифметических вычислений, произведенных при анатомических исследованиях, а хирурги, терапевты, представители других медицинских специальностей на практике постоянно наблюдали необычайное разнообразие форм и положения органов человеческого тела.

Изучая большой анатомо-топографический материал с точки зрения закономерности наследственности, Виктор Николаевич не только нашел объяснение этому разнообразию, но и определил амплитуды возможных колебаний изменчивости органов. Расположив в определенном порядке анатомический материал, так что отдельные его особенности нашли свое место в вариационном ряду изменчивости, Виктор Николаевич Шевкуненко доказал, что описывавшиеся «отклонения от норм», «аномалии» и т. п. на самом деле являются одним из проявлений нормы. Это учение о крайних формах изменчивости органов и тканей человека подтвердилось многочисленными исследованиями как советских, так и иностранных ученых. Развивая далее свое учение о типовой и возрастной анатомии человека, Виктор Николаевич, его ученики и сотрудники разработали рациональные оперативные доступы к различным органам человеческого тела. Это дало возможность объяснить многое в возникновении, течении и исходе патологических процессов, четко определить индивидуальные особенности больного, индивидуализировать хирургические мероприятия.

Огромная и практически чрезвычайно важная работа проведена Виктором Николаевичем Шевкуненко и его учениками в области изучения периферической венозной и нервной системы. Итоги этой работы обобщены в Атласе, за который В. Н. Шевкуненко и его сотрудникам присуждена Сталинская премия I степени.

В педагогической деятельности Виктор Николаевич является непримиримым врагом схоластики. Он много сил и внимания уделяет перестройке системы и методов преподавания. Так, например, в Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова он ввел в курс оперативной хирургии операции на животных, как операционные и клинические иллюстрации. В институте усовершенствования врачей им. Кирова Шевкуненко объединил преподавание топографической анатомии и оперативной хирургии. Руководимые Виктором Николаевичем кафедры являются прекрасной школой, в которой не только готовятся молодые врачи, но и совершенствуют свои знания клиницисты и практические врачи. Кафедры дали стране более 25 профессоров, несколько тысяч врачей-специалистов. Многие из них занимают руководящие должности в Красной Армии.

В. Н. Шевкуненко участвовал в пяти войнах: русско-японской, первой мировой, гражданской, в войне с белофиннами и в Великой отечественной войне. Он работал

на поле боя в качестве хирурга и организатора хирургической помощи и эвакуации раненых. При его участии создан Военно-медицинский музей Красной Армии.

Виктор Николаевич Шевкуненко является одним из наиболее тонких знатоков многообразия строения человеческого тела, одним из самых блестящих творцов хирургической науки. За 50 лет научной деятельности он принес огромную пользу нашей социалистической Родине.

* * *

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова юбилей каждого из ученых отметила особым приказом по академии. Начальник Главного военно-медицинского управления вооруженных сил СССР отправил юбилярам поздравительные письма с выражением благодарности и пожеланием дальнейшей плодотворной и высокополезной научной и педагогической деятельности.

★

ИЗ ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Подполковник мед. службы Н. Н. ИВАШОВ

СЕСТРЫ МИЛОСЕРДИЯ В РУССКОЙ АРМИИ

Появление первых сестер милосердия относится к периоду, когда помощь больным и раненым сосредоточивалась главным образом в монастырях, где уход за больными составлял «послушание братии» («старицы», «диакониссы»). В XI столетии в Нидерландах встречается упоминание об общинах «бегин» [beginae — женщины (девицы), посвятившие себя «подвигам милосердия»].

В XII столетии возникает ряд «духовных попечительств о больных». В 1540 г. в Испании было основано Общество братьев милосердия, во Франции в 1634 г. — Общество filles de charité (сестер милосердия) и ряд других.

В России привлечение женщин к уходу за ранеными относится к началу XVIII столетия. В главе 34 Устава воинского «О полевом лазарете» (или шпитале) значится: «Такожде потребно всегда при десяти больных быти, для услужения одному здоровому солдату и нескольким женщинам, которые оным больным служить имеют, и платье на них мыть».

В 1722 г. Указом Петра I было «повелено в морских госпиталях: С.-Петербургском, Котлинском, Ревельском иметь из девичьих монастырей по одной старице и по одной помощнице ей...»

Надо, правда, отметить, что функции этих первых сестер ограничивались главным образом хозяйством госпиталей («надзор за бельем и госпитальными работницами»). В 1725 г. этот указ Екатериной I был отменен.

В докладной записке на имя Н. И. Салтыкова от 21 мая 1790 г. мы встречаем пожелание о введении «женского присмотра» за больными в госпиталях (С.-Петербургском, Кронштадтском и Ораниенбаумском), «...польза от сего весьма ощутительна».

В 1844 г. была основана первая в России Святотроицкая община сестер милосердия; при ней некоторое время существовал госпиталь, убежище и школа для детей и ряд других подобных учреждений. Затем все они постепенно были ликвидированы и община ограничила свою деятельность исключительно уходом за больными.

В 1854 г. во время Севастопольской кампании была учреждена Крестовоздвиженская община сестер милосердия, ставившая своей задачей помощь раненым непосредственно на самом театре военных действий.

Общее руководство работой сестер было поручено Н. И. Пирогову. По отзывам современников, сестры этой общины показывали образцы исключительного героизма и самопожертвования.

Первое время часть сестер работала непосредственно на передовых перевязочных пунктах; позднее, по указанию Пирогова, сестры были сконцентрированы на главном перевязочном пункте и в госпиталях. На главном перевязочном пункте сестры явились проводником новой, разработанной Пироговым системы организации работы. Сущность ее заключалась в следующем. Сестры и медики были разбиты на четыре группы. Первая группа производила сортировку прибывающих раненых «по роду и градусу болезни»; все нуждавшиеся в экстренной помощи немедленно передавались второй группе, обслуживавшей перевязочную. Легко раненым тут же в сортировочной оказывалась необходимая помощь и они отправлялись обратно в части (или другие лазареты). Третья группа обслуживала госпитализированных, обработка которых по каким-либо причинам откладывалась. Четвертая группа, состоявшая из одних сестер, обслуживала отделение умирающих и нетранспортабельных.

Кроме этих четырех групп, были выделены две сестры-хозяйки. Они «...были озабочены только тем, чтобы раздавать усталым и проголодавшимся или жаждущим раненым, кому вина или пуншу, кому чаю или бульону».

Кроме 120 сестер Крестовоздвиженской общины, в действующей армии работали еще три группы так называемых «сердобольных вдов». Членами этой организации были вдовы (и их незамужние дочери), посвятившие себя оказанию безвозмездной помощи больным и раненым. Существовало три организации «Сердобольных вдов»: при Московском и Петербургском вдовьих домах (по 60 человек) и в специальной богадельне «Сердобольных вдов».

Для поступления в организацию «сердобольных» требовалось предварительно пробыть не менее года в разряде «испытуемых»; признанные достойными к приему приводились к присяге. После этого на них возлагался «знак сердоболия» — золотой крест на зеленой ленте для ношения на шее.

Кроме работы на перевязочных пунктах, в лазаретах и госпиталях, в дни Севастопольской кампании сердобольные вдовы сопровождали также транспорты с ранеными. «...предполагаю (пишет и. о. военного губернатора Симферополя) с каждым транспортом больных посылать двух «сердобольных вдов», снабжая их чаем и сахаром и отправляя их в особых тарантасах».

Начало организованной подготовки сестер было положено в 1867 г. так называемым дамским комитетом: «Комитет принял на свое иждивение в четырех монастырях: Алексеевском, Воронежском, Страстном, Зачатьевском, 24 сестры, которым для приучения к своим обязанностям дозволено было с разрешения начальства городских больниц постоянное дежурство в Городской, Полицейской, Чернорабочей и тюремной больницах».

В 1867 г. было учреждено Общество попечения о раненых и больных (в дальнейшем Общество Красного креста), к которому перешло наблюдение и руководство подготовкой сестер.

Организация первой общины Красного креста относится к 1868 г. [1].

В 1869 г. Министерству внутренних дел было предоставлено право разрешать организовывать учреждения для подготовки сестер, но дело подготовки от этого выиграло мало.

В 1870 г. с разрешения Главного управления Красного креста второй и пятый петербургские дамские комитеты основали Георгиевскую

[1] Московская община.

общину сестер милосердия (на 6 сестер). При общине была организована амбулатория и больница на 10 коек.

Несмотря на положительные отзывы о работе сестер в дни Севастопольской обороны, военное ведомство долгое время не решалось допустить сестер в военные госпитали. Обсуждение этого вопроса в Санитарном комитете вызвало горячие прения. После длительной дискуссии было, наконец, решено в виде опыта допустить сестер в Московский, Варшавский-Уяздовский, Рижский и Херсонский госпитали и оставить их в двух госпиталях, где они работали до этого (в 1-м Сухопутном и Киевском).

Официально в военные госпитали сестры милосердия были допущены только в 1871 г. (приказ по Военному ведомству № 344 от 14 ноября).

Права и обязанности сестер определялись особыми правилами, утвержденными Военным министром. В 1875 г. Министерством внутренних дел по согласованию с Военным министром были изданы «Общие правила о сестрах Красного креста, назначаемых для ухода за больными и ранеными воинами».

За работу в военно-врачебных заведениях сестрам устанавливалось жалование: 25 рублей старшей и 15 рублей младшей сестре. При госпитале сестрам предоставлялась бесплатная квартира и офицерское довольствие. Прослужившие в военном ведомстве не менее 25 лет приобретали право на пенсию в размере 100 рублей в год. Через 15 лет службы сестры приобретали право на пенсию в случае утраты трудоспособности по болезни.

Война 1877—1878 гг. показала, что подготовка сестер резко отстает от действительной потребности.

Ко времени мобилизации 1876 г. кадры сестер составляли всего 300 человек, из которых на фронт можно было послать только около 150 человек.

Чтобы удовлетворить потребность в сестрах, Врачебная община в Петербурге организовала для подготовки сестер цикл «чтений» (лекций). В феврале 1877 г. число слушательниц достигло 150 человек. В мае был произведен первый выпуск 92 человек. На второй цикл записалось 250 человек. Всего за два цикла было подготовлено 170 сестер. В московских городских больницах было подготовлено 147 сестер. Всего же по различным городам готовилось до 3 000 сестер.

В июне 1877 г. на фронт было направлено 7 групп сестер. Каждая группа составлялась из 16 человек младших и одной старшей сестры. Обмундирование сестер производилось за счет Общества попечения о раненых.

В течение 1877—1878 гг. Главное управление Красного креста (Общество попечения о раненых) приступило к развертыванию сети общин[1] сестер милосердия. Теоретическая подготовка сестер была рассчитана на один год.

Всего за 1877—1878 гг. в армию было направлено 1 300 сестер, из них 1 100 сестер общин[2].

Сестры работали не только в госпиталях и санитарных поездах, но в целом ряде случаев и на передовых перевязочных пунктах, и в дивизионных лазаретах. Так, 4 сестры Крестовоздвиженской общины в течение недели обслуживали перевязочный пункт под Горным Дубняком, 12 сестер Георгиевской общины участвовали в операции по форсированию Дуная при Зимнице, летучий отряд из 4 сестер работал на перевязочных пунктах и в дивизионном лазарете при Аярсларе, Езерджике

[1] Всего на 1879 г. насчитывалось 24 общины сестер и 6 фельдшерских женских школ.

[2] Из них в Дунайскую армию — 1 022 сестры и в Кавказскую — 162 (в Кавказской армии работало 270 сестер).

и других операциях. При отступлении 13-го корпуса этот отряд шел в арьергарде, собирая отстающих раненых и больных. В дни боев под Плевной сестры под огнем неприятеля работали на передовых перевязочных пунктах.

Вот что пишут о работе сестер современники — участники боев:

«В битве 12 октября у Иван-Чифтлика на Ломе шесть сестер на самом поле сражения, под огнем, справлялись с пятьюстами раненых. Под Плевной на их руки досталось еще больше раненых. Сестры не убоялись зимней стужи Балкан и в декабре вслед за скобелевским отрядом перевалили Балканы...»; «...если переход через Балканы в зимнее время сопряжен был с трудностями и лишениями для солдат, то тем более, конечно, сказались эти трудности на женщинах, следовавших за передовыми отрядами...»

«Все, конечно (пишет один из современников в своих воспоминаниях), работали с неутомимой энергией, любовью, самоотвержением, но все-таки на долю женщин выпало самое тяжкое дело».

«...она не знала покоя ни днем, ни ночью, — пишет он далее, — нельзя себе представить ту огромную разницу, которая существовала между госпиталем с сестрами и госпиталем, где их не было. Стоило только зайти в любую палату, чтобы, не спрашивая, знать, есть тут сестры или нет».

Приказом по Военному ведомству № 114 от 31 мая 1887 г. сестры были введены в штаты полевых подвижных, полевых запасных и сводных госпиталей и в штат военно-санитарного транспорта.

По этим штатам было положено: в полевых подвижных госпиталях — 4 сестры, в запасных — 4; в сводных госпиталях на 420 мест — 8 сестер, на 630 мест — 12, в военно-санитарных транспортах — 2 сестры.

По этому приказу (§ 200) «Убыль сестер в госпиталях во время войны пополняется попечением общества Красного креста, по сношению Полевого военно-санитарного управления с главноуполномоченным общества на театре военных действий».

В 1900 г. приказом по военному ведомству штат сестер в военных госпиталях был значительно увеличен:

	По старому штату полагалось	По новому штату устанавливалось
1. В госпитале IV класса на 1 595 коек (Петербургский—Николаевский)	15 сестер	32 сестры
2. В госпитале III класса на 695 коек (Виленский)	7 „	14 „
3. В госпитале II класса на 585 коек (Брест-Литовский)	6 „	12 „

В войну 1904—1905 гг. мы опять сталкиваемся с недостатком подготовленных сестер. В своем отчете военно-медицинский инспектор в Маньчжурской армии Евдокимов пишет: «В минувшую войну госпитали комплектовались сестрами двух категорий: сестрами общин и сестрами-волонтерками; сестер первой категории в госпиталях было сравнительно немного, вторых — с избытком».

Ко второй категории Евдокимов относится крайне отрицательно. «Деятельность тех и других резко отличалась. Насколько первые выделялись знанием дела, исполнительностью, сердечностью в работе как лица, посвятившие себя и в мирное время сердобольному делу ухода за больными, настолько деятельность вторых была мало полезна, как случайно взявшихся за это дело и по иным побуждениям. Многие из этих сестер, пользуясь безнаказанностью, своими интригами, самовольством, нежеланием признать режима и требований, уста-

новленных законом, предъявлением дерзко, с угрозами своих требований, были только тяжкой обузой для главных врачей госпиталей...». Далее он пишет, что «допуск в действующую армию сестер милосердия-волонтерок должен быть запрещен безусловно».

Этот любопытный документ прекрасно характеризует обстановку в госпиталях того времени и бесправное положение руководящего персонала, который не имел возможности поставить на место нарушителей дисциплины.

В том же отчете Евдокимов поднимает вопрос о необходимости уточнения инструкции «О работе сестер в госпиталях». Он считает, что много недоразумений происходит из-за того, что функции сестер понимаются неверно — «сестра милосердия — это сиделка, вся работа ее — по уходу за труднобольным. А между тем они всегда домогались самостоятельной врачебной помощи раненым, особенно на перевязочных пунктах».

К концу 1912 г. в 109 общинах Красного креста насчитывалось 3 442 сестры милосердия с двухлетней подготовкой. Недостаток в квалифицированных сестрах дал себя сильно почувствовать в войну 1914—1918 гг. Только к началу 1916 г. общее число сестер достигло 24 966 человек, из них сестер общин было всего 6 288.

Из изложенного выше видно, что военное ведомство не занималось в достаточной мере вопросом подготовки сестер, предоставляя это целиком Обществу Красного креста и различным гражданским организациям.

★

Р. Карлинг (R. Carling). **Медико-хирургические достижения в СССР за время второй мировой войны,** Nature, vol. 153, № 3884, pp. 419—425, 1944.

Делегация американских врачей, знакомившаяся с постановкой и состоянием медико-санитарного дела в СССР преимущественно в Красной Армии, опубликовала свои впечатления в статье, составленной членом делегации Р. Карлингом.

Автор прежде всего отмечает высокое значение, придаваемое врачами Красной Армии профилактике, и как следствие этого благополучие войск в отношении инфекционных болезней, в частности, бича прежних войн — сыпного тифа.

Непревзойденная цифра возвращающихся в строй раненых — 70% — обусловливается замечательной организацией медико-санитарной службы Красной Армии, позволяющей возможно раньше оказывать правильную хирургическую помощь раненым при всех условиях как в наступлении, так и при обороне. Благодаря выделению вспомогательных бригад специалистов, работающих в госпиталях, имеется возможность очень рано начинать специализированное лечение. Отмечено широкое применение переливания крови и кровозамещающих жидкостей. Автор отдает должное организации этого дела и упоминает о широком развитии донорства в СССР, главным образом среди женщин.

Напомнив, что великий русский военный хирург Пирогов, бывший инициатором глухой гипсовой повязки, был также первым организатором службы медицинских сестер в военных госпиталях, автор восхищается самоотверженной работой женщин в санитарной службе Красной Армии. Хотя, по словам автора, койки и матрацы в наших госпиталях хуже английских, вследствие чего работа по уходу за ранеными и больными представляется более трудной и требует более добросовестного внимания к мелочам, иностранные обследователи не могли нигде отметить плохой работы в палатах. В операционных же, в которых на медицинских сестрах лежит серьезная, ответственная работа, «можно работать совершенно спокойно». Не забыто в статье также то, что сестры несут медицинскую службу на передовых позициях и выносят раненых с поля боя.

По разным поводам автор упоминает о великих русских ученых — Менделееве, Мечникове, Павлове, о современных наших ученых, исследователях и хирургах — Штерн, Бурденко, Юдине и некоторых других, отмечая их заслуги в деле лечения раненых, и особенно останавливается на роли и значении в организации военно-санитарной службы начальника Главного военно-санитарного управления Красной Армии генерал-полковника медицинской службы Е. И. Смирнова, некоторые биографические сведения о котором приведены в статье.

По словам автора, хирурги союзных стран сильно заинтересованы методом лечения отморожений, разработанным советскими хирургами и резко отличающимся от принятых повсеместно способов лечения этих повреждений. Основанный на физиологических данных советский метод быстрого согревания отмороженных частей и применение ранней ампутации противоречат обычным приемам, практикуемым всюду в течение многих лет и описываемым в специальной литературе даже последнего времени.

Автор не без удивления говорит об искусной маскировке, к которой прибегает санитарная служба Красной Армии при развертывании военных госпиталей вблизи линии фронта. Организация же медицинской помощи партизанам, действующим в тылу вражеских войск, повидимому, явилась для автора совершенной и неожиданной новостью, поразившей его смелым замыслом и целесообразностью.

Отмечает автор также большую работу по протезированию, проделанную военно-санитарной службой.

Указав в заключение, что советские военные врачи сумели охранить Красную Армию от эпидемий, так искусно организовали и проводили лечение раненых, что побили рекорд по количеству выздоровевших, и поддерживали на большой высоте моральное состояние войск, автор спрашивает, какие же еще можно было бы предъявить требования к медицинской службе какой-либо армии.

Д-р мед. наук Л. М. Старокадомский

Универсальный инсектицид — ДДТ (The Medical officer, № 1881, vol. XII; № 7, 12.VIII.1944).

Опубликованы данные о крайне эффективном синтетическом инсектициде ДДТ, который использовался для ликвидации вспышки сыпного тифа, испытан для борьбы с переносчиками малярии — комарами и домовыми насекомыми и для истребления различных насекомых вредителей урожая.

Этот инсектицид представляет собой Р : Р-дихлордифенил-1 : 2 : 3-трихлорэтан. Он токсичен для платяных вшей — переносчиков сыпного тифа — и убивает комаров и их личинок, помогая тем самым в борьбе с малярией.

Вспышки дизентерии, брюшного тифа, холеры и чумы теперь могут подавляться более эффективно, чем ранее, так как ДДТ крайне токсичен для насекомых, служащих распространителями этих инфекций — мух и блох. Он действует на насекомых и как контактный, и как кишечный яд, хотя он нетоксичен для человека и для других теплокровных животных в обычно применяемых концентрациях. Его замечательным свойством также является эффективность в течение многих недель после применения. Разбрызганный на стенах, он убивает всех залетающих на них мух иногда в течение 3 месяцев после обработки; кровать, обработанная ДДТ, будет свободной от клопов также в течение нескольких месяцев; импрегнированная им одежда защищена от вшей в течение месяца даже после нескольких стирок; болото, правильно обработанное, может быть освобождено от комаров на значительный период.

Первое применение ДДТ в большом масштабе во время войны имело место в Неаполе, где в декабре 1943 г. после освобождения города от оккупантов среди городского населения, жившего в тесноте и грязи и крайне завшивленного, имела место вспышка сыпного тифа. Были приняты решительные шаги к ликвидации вспышки путем массовой дезинсекции населения. Вначале это производилось распылением инсектицидного дуста, не содержащего ДДТ, но как только последний был получен, он применялся с большим успехом.

В течение января было обработано в двух санпропускниках 1 300 000 человек (причем в некоторые дни число обработанных доходило до 72 000). В течение трех недель был обработан весь Неаполь; число заболеваний резко упало — от 305 в неделю, окончившуюся 11.I, до 155 — в следующую. Нигде ранее не удавалось прекратить вспышку сыпняка в середине зимы.

Хотя впервые ДДТ был синтезирован в 1874 г., о нем не вспоминали до 1939 г., пока швейцарская фирма красителей в Базеле И. Р. Гейги не обнаружила, что он убивает клопов, и позднее приме-

нила его для борьбы с мухами и вредителями сельского хозяйства в Швейцарии. Отделение компании Гейги в Англии обратило внимание британского правительства на этот препарат в 1942 г.

Вслед за этим препарат стали применять в союзных армиях в Африке, на Дальнем Востоке и, наконец, в Европе. Очевидно, о большой эффективности ДДТ были осведомлены также и германские круги, так как в 1944 г. наши войска стали захватывать среди трофеев большое количество препарата «Лаузето». Этот препарат при его расшифровке в СЭЛ I БФ старшим лейтенантом мед. службы Борисовым и в ЦНИДИ НКЗдрава оказался смесью изомеров ДДТ с рядом растворителей. «Лаузето» в германской армии применялся в широком масштабе в виде водных эмульсий для импрегнации белья против вшей, но, как показали проведенные испытания, может быть с успехом также использован против клопов, мух и других насекомых.

В СССР ДДТ был синтезирован во Всесоюзном научно-исследовательском химико-фармацевтическом институте под названием СС-5 и в настоящее время происходит организация его производства в заводских масштабах. Препарат с успехом применяется в эмульсиях и растворах, содержащих от 0,5 до 2% его, и в дустах, составленных из глин, талька и т. д. с содержанием до 5—10%.

Необыкновенная стойкость препарата, определяющая длительное сохранение инсектицидных свойств предметами, которые были им обработаны, — его главное достоинство. Это свойство позволяет вести борьбу с различными насекомыми не посредством непрерывных обработок, как это необходимо, например, в случае применения пиретриновых препаратов, а путем распыления его эмульсий или дустов или импрегнации не чаще 1—2 раз в месяц. Так, можно обрабатывать стены и потолки помещений, оконные стекла, ковры, занавеси, скатерти и т. п. Не нужно при этом забывать, что эффективность препарата при прочих равных условиях прямо пропорциональна длительности контакта насекомых с обработанной поверхностью. Поэтому его применение наиболее успешно против ползающих насекомых — вшей и клопов и личинок комаров, менее эффективно для мух и в меньшей степени для окрыленных комаров.

Майор мед. службы Н. И. Калабухов

В. Б. Уигглсуорз. Случай отравления ДДТ у человека (A case of DDT poisoning in man. Brit. Med. Journ., April 14, p. 517, 1945).

Интенсивное изучение токсичности для млекопитающих нового инсектицида 4,4″-дихлордифенилтрихлорэтана, называемого обычно ДДТ, показало, что это вещество является прежде всего нервным ядом, повышающим раздражимость, вызывающим мышечный тремор и клонические судороги и, в конце концов, параличи и смерть. Также вызывается лейкоцитоз, анемия, изменение в содержании кальция в крови и жировое перерождение печени и почек. Он легко проникает через кожу, особенно при растворении в керосине.

Несмотря на тщательные наблюдения за людьми, работающими долгое время с ДДТ, не было известно случаев отравления у человека. Поэтому целесообразно описать следующий случай.

Лабораторный работник, 30 лет, в прекрасном состоянии здоровья. Не учитывая опасности проникновения ДДТ через кожу, ведущему к общей интоксикации, он, желая выяснить, может ли ДДТ вызвать местное раздражение, наносил небольшое количество ацетонового раствора ДДТ (ацетон — один из лучших растворителей ДДТ) на наружную сторону руки и после испарения жидкости смывал остаток вещества ватой, смоченной в ацетоне же. Никаких признаков раздражения или эритемы не наблюдал. Такого рода процедуры он повторял неоднократно; таким образом, рука его находилась длительное время в кон-

такте с ацетоновым раствором ДДТ. В процессе опыта раствор 25 г ДДТ в ацетоне был смешан с инертным дустом, и эта масса была приложена к рукам в течение нескольких минут так, что смесь покрывала руки до кистей. Когда руки были освобождены от массы, растворитель быстро испарился, а сухой остаток был удален, как и ранее, смыванием ацетоном.

Несколькими днями позже появилось ощущение тяжести и боли в конечностях вместе со слабостью в ногах. Наблюдались также, по выражению больного, «спазмы крайнего нервного напряжения». В выходной день наблюдалось некоторое улучшение, но при возвращении к работе состояние все ухудшалось. Три недели позднее непрерывная боль в конечностях заставила больного слечь в постель. Сон стал совсем невозможным. Ощущение крайнего нервного напряжения стало проявляться все чаще и чаще и, в конце концов, развилось состояние острого нервного беспокойства.

Спустя 6 дней после госпитализации, наблюдались непрерывные мышечные судороги всего тела, которые имели место дважды и после этого. На 10—14-й день больной стал вставать, хотя боль в конечностях была еще сильной. Выздоровление шло медленно. В течение 10 недель больной был лишен возможности приступить к работе. В продолжение года восстановление здоровья было еще неполным.

В начале заболевания ни больной, ни врачи не имели в виду отравления ДДТ. Беспокойство, вызванное непониманием причины этого состояния, вероятно, повлекло за собой некоторые из симптомов, которые здесь не описаны; состояние больного начало сразу улучшаться, когда он понял, что это отравление ДДТ.

Общее заключение, основанное на опытах с животными и наблюдениях над человеком, несомненно, говорит о том, что правильное применение ДДТ не может принести вреда человеку. Описанный здесь случай лишь подтверждает это правило. Развившиеся симптомы весьма сходны с наблюдаемыми у животных, которых обрабатывают ДДТ в избытке, что, разумеется, не имеет места в практике дезинсекции.

Майор мед. службы Н. И. Калабухов

★

БИБЛИОГРАФИЯ

НОВЫЕ КНИГИ

За 1945 г. Главным военно-санитарным управлением Красной Армии выпущены в свет следующие книги, наставления, указания и инструкции по военной медицине:

Арутюнов Г. А., Органолептические методы оценки пищевых продуктов и готовой продукции, ГВСУ КА, Медгиз, 67 стр., 5 руб. 75 коп., 1945.

Белицкая Е. Я., Система учетно-статистических показателей санитарной службы действующей армии, ГВСУ КА, 132 стр., 1945.

Бурденко Н. Н., Письма хирургам фронтов о пенициллине, ГВСУ КА, 68 стр., 1945.

Бюллетень рационализации и изобретательства № 6, ГВСУ КА, Северо-Западный фронт, 78 стр., 1945.

Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, ГВСУ КА, 476 стр., 1945.

Гиндин Е. М., Методические указания по транспортной иммобилизации, ГВСУ КА, Медгиз, 56 стр., 1945.

Егоров П. И., Вопросы военно-полевой терапии, ГВСУ КА — ВМА им. Кирова, 207 стр., 13 руб., 1945.

Еланский Н. Н., Военно-полевая хирургия, ГВСУ КА, Медгиз, 264 стр., 4-е изд., 24 руб. 50 коп., 1945.

Жорданиа И. Ф., Гигиена женщины, ГВСУ КА, 30 стр., 1945.

Забугин Ф. Д., Королевич, Методы исследования при пояснично-крестцовом радикулите, ГВСУ КА, 15 стр., 1945.

Завалишин Н. И., Сельцовский П. Л., Лечебно-эвакуационное обеспечение десантной операции, ГВСУ КА, Медгиз, 56 стр., 1945. Для служебного пользования.

Инструкция по организации выявления, эвакуации и лечению больных активным туберкулезом легких, ГВСУ КА, 16 стр., 1945.

Инструкция по цитологическому анализу раневого экссудата по методу д-ра мед. наук майора мед. службы М. Покровской и М. Макарова, ГВСУ КА, 8 стр., 1945.

Инструкция для врачей войсковых частей по лечению мужской гонорреи, ГВСУ КА, 3 стр., 1945.

Инструкция по распознаванию и лечению контуженных, ГВСУ КА, 20 стр., 1945.

Инструкция по применению активной аспирации при лечении проникающих ранений груди на этапах эвакуации, ГВСУ КА, 8 стр., 1945.

Лобанов Д. И., Кротков Ф. Г., Капуста и картофель в войсковом питании, ГВСУ КА, 16 стр., 1945.

Лясс М. А., Марков А. М., Лечение гастритов в войсковом районе, ГВСУ КА, 23 стр., 1945.

Медицинские показания и противопоказания для направления в центральные санатории Красной Армии, ГВСУ КА, 64 стр., 1945.

Материалы ото-рино-ларингологической подсекции хирургической секции Ученого медсовета при начальнике ГВСУ КА, 100 стр., 1945. Для служебного пользования.

Наставление по профилактике и лечению кожных и венерических заболеваний в войсковых частях, ГВСУ КА, 40 стр., 1945.

Обмен опытом № 5, ГВСУ КА, 8 стр., 1945.

Обмен опытом № 6, ГВСУ КА, 6 стр., 1945.

Обмен опытом № 7, ГВСУ КА, 14 стр., 1945.

Обмен опытом № 8, ГВСУ КА, 28 стр., 1945. Для служебного пользования.

Обмен опытом № 9, ГВСУ КА, 14 стр., 1945.

Панкратьев Б. Е., Хирургия военно-полевых повреждений груди, ГВСУ КА, Медгиз, 232 стр., 1945. Для служебного пользования.

Поляков, Лечебная физкультура в военных госпиталях, ГВСУ КА, Медгиз, 115 стр., 12 руб. 50 коп., 1945.

Смирнов Е. И., Советские военные врачи в Отечественную войну, Советская наука, 100 стр., 6 руб., 1945.

Смирнов Е. И., Служебное письмо начальнику медицинской службы 3-го Украинского фронта, ЛЭУ ГВСУ КА, 16 стр., 1945. Для служебного пользования.

Субботник С. И., Стимуляция нервной системы, ГВСУ КА, 62 стр., 1945.

Схемы применения, дозировка и сроки хранения бактериальных препаратов, ГВСУ КА, 2 стр., 1945.

Тематика научно-исследовательской работы для институтов Академии мед. наук СССР, ГВСУ КА, 12 стр., 1945. Для служебного пользования.

Труды Всеармейского совещания по лечебной физкультуре (июнь 1944), ГВСУ КА, 126 стр., 1945.

Указания по санитарной обработке и дезинфекционному обслуживанию войск, ГВСУ КА, 56 стр., 1945.

Указания по профилактике и лечению малярии, ГВСУ КА, 31 стр., 1945.

Чижин И. М., Универсальный аппарат (УНИСТАП) для наложений гипсовых повязок и операций на верхних и нижних конечностях, ГВСУ КА, Медгиз, 40 стр., 4 руб. 70 коп., 1945.

Чулков И. С., Хроническая бациллярная дизентерия, ГВСУ КА, 23 стр., 1945.

Полковник мед. службы И. Д. Макаров

КРАТКИЙ ОБЗОР СОДЕРЖАНИЯ ЖУРНАЛА

WAR MEDICINE. VOL. 6, № 1—6, JULY—DECEMBER 1944 [ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА (США), ВТОРОЕ ПОЛУГОДИЕ 1944 г.]

№ 1, июль

F. H. Lahey a. J. L. Kaukonen. **Сводка данных о деятельности службы заготовки и распределения.** Стр. 10—17.

Сведения о призванных на военную службы врачах. В 1940 г. общее число врачей в США (не считая врачей армии и флота, службы общественного здоровья, двух третей врачей в возрасте 65 лет и старше, молодых больничных врачей и врачей, живущих при больницах) было 140 755, что составляло 1 врач на 985 человек населения. В 1944 г. число врачей снизилось до 99 121, что составляло 1 врач на 1 284 человек населения.

R. R. Cohen. **Наглядные пособия в предупредительной психиатрии.** Стр. 18—23, 2 рисунка и 1 таблица рисунков. Приведена литература (8 номеров).

A. A. Goldbloom a. H. Schildkrout. **Диспептический режим.** Стр. 24—26.

Сообщение о 100 больных пептической язвой, гастродуоденитом или функциональной диспепсией, психоневрозами и сращениями, которые после тщательного обследования (включая рентгеновское) выписывались из госпиталя в части, где выполняли свои обязанности, но получали в госпитале диэтетическое питание. Выздоровело 70%. Продолжительность пребывания на специальном режиме не указана.

J. R. Paul a. A. B. Sabin. **Диметилфталил как средство от укусов переносчика москитной лихорадки**—Phlebotomus pappatasii. Стр. 27—33, 6 рисунков и диаграмм. Приведена литература (12 номеров).

В проведенном опыте из 82 человек, применявших втирание диметилфталила в открытые части тела перед сном, 42% не подвергались укусам москитов. В контрольной группе из 88 человек, применявших втирание дестиллированной воды с примесью нескольких капель хлористого метилтионата, укусам не подвергались 12%.

W. H. Haynes. **Субдуральная гигрома.** Стр. 34—37. Приведена литература (4 номера).

Характеристика заболевания с описанием 3 случаев.

A. A. Rosner. **Записи бесед с психически больными военнослужащими.** Приведено четыре примера.

№ 2, август

A. C. Joy, F. R. Goetzl a. D. Y. Burrill. **Обезболивание посредством морфиндекстроамфетамина.** Стр. 67—71, 4 диаграммы. Приведена литература (5 номеров).

На основании 16 случаев авторы заключают, что как сернокислый морфин, так и смесь его с декстроамфетамином неодинаково действуют на разных лиц. Повидимому, смесь имеет некоторые преимущества перед чистым сернокислым морфином. Желательны дальнейшие исследования.

L. W. Riba, C. J. Schmidlapp a. N. L. Bosworth. **Применение пенициллина при гонорее, резистентной к сульфамидным соединениям.** Стр. 72—79. 4 диаграммы. Приведена литература (3 номера).

Сообщение о 450 случаях гонорреи, не уступавшей лечению сульфамидами. Лечение пенициллином. Описано 14 случаев. Оптимальной дозой авторы считают 160 000 единиц (в 98% случаев). В 7 случаях (1.5%) гонококки были, повидимому, резистентны к пенициллину и потребовалось дополнительно местное лечение.

F. Young a. B. V. Favata. **Зашивание ран посредством склеивания краев их плазматромбином.** Стр. 80—85. Приведена литература (18 номеров).

Вместо наложения швов авторы применяли стимулирование образования фибринных спаек. По раневой поверхности распределялось 5 см³ плазмы, полученной из цитратной крови, затем поверхность орошалась свежеприготовленным раствором тромбина. После этого удерживали края раны в соприкосновении друг с другом в течение 2—4 минут до образования фибринной спайки. Затем накладывалась повязка. Способ возможно и желательно применять при рваных ранах, при необходимости получить наиболее тонкий

рубец, для наилучшего сращения лоскута с грудной стенкой при радикальной операции удаления грудной железы, при пересадке свободных кусочков кожи.

E. Gallardo. **Чувствительность к пенициллину бактерий, высеянных из инфицированных ран.** Стр. 86—91, 1 рисунок и 6 диаграмм. Приведена литература (18 номеров).

Исследовано три образца пенициллина. Детально описана техника исследования.

H. M. Lemon, H. Wise a. M. Hamburger jun. **Содержание бактерий в воздухе казарм.** Стр. 92—101, 5 диаграмм. Приведена литература (48 номеров).

Обследовано 7 казарм. Проведено 370 исследований воздуха в течение 4 недель. Главным фактором уменьшения количества бактерий в воздухе, проходящем через отопительную систему, авторы считают фильтрационное устройство. Сухой и промасленный фильтры, повидимому, одинаково эффективны. Чистый фильтр эффективен несколько менее слегка запыленного, но очень загрязненный фильтр замедляет циркуляцию воздуха. Ни тепло нагревательного прибора, ни центрифужное действие вентилятора, повидимому, не оказывает влияния на количество циркулирующих микробов. Циркуляционная воздушная система хотя и рассеивает микробы по казарме, но при нормальных условиях это имеет меньшее значение для распространения болезней через воздух, чем пыль, поднимающаяся вследствие деятельности самих живущих в казарме.

J. Romano, G. L. Engel, E. B. Ferris jun., H. W. Ryder, J. P. Webb a. M. A. Blankenhorn. **Проблемы утомления по опытам в декомпрессионной камере.** Стр. 102—105. Приведена литература (7 номеров).

Исследованию подвергалось 43 взрослых человека в камере с понижением давления до высоты 10 500 м. Отмечено три вида утомления: 1) мышечное, не зависящее от декомпрессии и исчезающее при тренировке; 2) обусловленное скукой, без декомпрессионной болезни, чаще всего при долгом пребывании на высоте без деятельности; 3) не зависящее от мышечных усилий и от скуки, наблюдавшееся у 24 человек, иногда только при декомпрессионной болезни, иногда независимо от нее, сходное с утомлением, ранее испытанным во время или после состояния беспокойства. В происхождении всех трех видов утомления важную роль играют эмоциональные факторы.

№ 3, сентябрь

W. R. Feasby. **Ревматическая лихорадка в канадской армии.** Стр. 139—143, 2 диаграммы.

Обзор 407 случаев «полиартрита» и острой ревматической лихорадки, наблюдавшихся в 1943 г. среди личного состава канадской армии.

R. S. Schwab. **Психические заболевания в передовой зоне и скорый способ решения об их исходе.** Стр. 144—150, 5 диаграмм.

H. Schildkront. **Диспепсия у солдат.** Стр. 151—157.

Клинический обзор 289 случаев, наблюдавшихся в частях, подготовляемых к транспортировке через океан. Рассмотрен вопрос о прогнозе и дальнейшем оставлении на военной службе этого рода больных. Приведена литература (21 номер).

G. N. Thompson, J. E. McGinnis, A. van Harreveld, C. A. G. Wiersma a. E. B. Tietz. **Электронаркоз. Сравнение клинических явлений с электрошоком.** Стр. 152—161. Приведена литература (4 номера).

Электронаркоз проводился у 50 больных. Между электронаркозом и электрошоком имеется значительное различие, особенно в послесудорожной фазе. Главное различие — удлинение стимулирования автономной нервной системы при электронаркозе. Удлинение тонуса сгибателей и усиленное схватывание напоминают явления при инсулинной коме. Электронаркоз в настоящее время не является обезболивающим мероприятием для людей.

M. Levin. **Нарколепсия в военном отношении.** Стр. 162—165.

Проблема нарколепсии, возникшая во время первой мировой войны, была в последнее время рассмотрена в связи с 25 случаями сна часовых на посту. Приведено описание этой хронической болезни, рассмотрено 2 случаи этого заболевания, даны сведения о «физиологии нарколепсии». Из упомянутых 25 случаев нарколепсия установлена только в 2 случаях; четверо заснувших на посту были упорные психопаты и заснули умышленно; 19 остальных заснули на посту потому, что более или менее «беспечно» не выспались перед выходом на пост. Приведена литература (8 номеров).

M. A. Zeligs. **Неврозы военного времени.** Стр. 166—172, 2 диаграммы.

Общий очерк, иллюстрированный описанием 3 случаев из наблюдений автора на одном из островов южной части Тихого океана, подвергавшихся упорным атакам врага. Приведена литература (13 номеров).

E. S. Gurdjian, J. E. Webster a. W. E. Stone. **Церебральный метаболизм при экспериментальном повреждении головы.** Стр. 173—179, 4 диаграммы.

Опыты на собаках. Изучалось содержание в крови животных после повреждения головного мозга — кислорода, углекислоты и декстрозы, а также различное содержание этих веществ в артериальной и венозной крови. Приведена литература (13 номеров).

G. F. Ganse a. M. G. Brazhnikova. **Грамицидин S и его применение при лечении инфицированных ран.** Стр. 180—181.

Работа из Советского тропического института. Описание грамицидина S (совет-

ского) и сообщение о результатах лечения им 573 случаев ранений (краткое содержание монографии: «Советский грамицидин и лечение ран»).

S. F. Cook, O. L. Williams, W. R. Lyons a. J. H. Lawrence. **Значение высоты и упражнений в развитии декомпрессионной болезни.** Стр. 182—187.

Экспериментальное изучение. Опыты проводились над четырьмя группами здоровых людей, которые помещались в барокамеры, где создавались условия, соответствующие подъему на 9 000 и 11 400 м, но при постоянной температуре около 25° С. Частота и тяжесть декомпрессионной болезни значительно больше возрастают от перехода с высоты 9 000 на 11 400 м, чем от удвоенного количества мышечной работы.

№ 4, октябрь

M. Friedman. **Этиология и патогенез нейроциркуляторной астении. 1. Гипертермия как одно из проявлений нейроциркуляторной астении.** Стр. 221—227. Приведена литература (10 номеров).

При наблюдении 30 молодых солдат с типичными явлениями нейроциркуляторной астении у 36% обнаружено эпизодическое повышение температуры с умеренной тахикардией, локализованным потением, похолоданием конечностей и повышенным дрожанием. Инфекция исключена. Предполагается, что повышение температуры обусловлено ненормальной деятельностью гипоталамуса.

L. Davis, P. Perret a. W. Carroll. **Влияние сульфамидных препаратов на экспериментальные огнестрельные ранения периферических нервов.** Стр. 228—231

Экспериментальное исследование на кошках. Изучено 217 огнестрельных ран, подвергавшихся обработке в различные сроки после ранения. Отмечено благоприятное профилактическое действие немедленного применения сульфатиазолового желе, позволяющее отсрочить сшивание нервов.

S. Karelitz a. R. E. Moloshok. **Иммунитет к дифтерии личного состава военного госпиталя.** Стр. 232—235. Приведена литература (13 номеров).

Исследовано 1 283 человека, в том числе 619 находившихся на излечении больных; в 28,6% всех случаев реакция Шика была положительная; среди 736 человек, не болевших дифтерией и не иммунизированных против нее, положительная реакция Шика наблюдалась у 35,4% лиц.

J. R. Elkinton a. A. W. Winkler. **Физиологическое действие питья неразведенной морской воды.** Стр. 241—246, 4 диаграммы. Приведена литература (18 номеров).

Обзор клинических наблюдений и экспериментальных данных и выводы.

H. M. Hurevitz. **Бациллярная дизентерия.** Стр. 247—250. Приведена литература (3 номера).

Разбор 1 120 заболеваний диарреей, среди которых было 587 дизентерийных.

R. W. Monto a. P. S. Woodall. **Медиастинальная эмфизема, вызванная раздражением легких (хлором).** Стр. 251—252, 1 рисунок. Приведена литература (5 номеров).

Описание одного случая.

D. O'Donell. **Простой и скорый способ истребления лобковых вшей.** Стр. 253, 1 рисунок.

Обнаженный больной становился в импровизированную маленькую палатку с поднятыми над головой руками и обрабатывался посредством пиретрофреоновой аэрозолевой бомбы в течение 10 секунд с расстояния 30—40 см. Мыться разрешалось через 12 часов. Полный успех во всех 12 случаях.

№ 5, ноябрь

E. A. Spiegel, M. J. Oppenheimer, G. C. Henny a. H. T. Wycis. **Экспериментальное вызывание заболевания от движения (кинетоза).** Стр. 283—290. 4 рисунка. Приведена литература (16 номеров).

Описание аппарата для искусственного вызывания движений тела, подобных происходящим на морских и воздушных судах, и результатов 183 опытов, проведенных с этим аппаратом. Симптомы кинетоза появлялись у 75% исследованных уже через 8 минут и раньше.

Ph. Solomon, M. Brown a. M. R. Jones. **Невропсихиатрия в женском резерве морского корпуса США.** Стр. 291—295. Приведена литература (2 номера).

Рассмотрены невро-психические расстройства, служащие основанием для забракования.

W. R. Feasby. **Пептическая язва в канадской армии.** Стр. 300—303. Приведена литература (8 номеров).

Рассмотрена заболеваемость пептической язвой в канадской армии. Автор считает преувеличенным представление о большой распространенности этого заболевания. При спешном обследовании призывников было 12% ошибочных диагнозов пептической язвы.

B. L. Lipman, A. V. Casey, R. A. Byron a. E. C. Evans, Scrub-тиф. (Японская речная лихорадка, цуцугамучи). Стр. 304—315.

Клиническое описание на основании 200 случаев. Патологоанатомические данные 16 вскрытий.

F. D. Threadhill. **Последствия военных ранений конечностей.** Стр. 316—318.

Описание 3 случаев каузалгии.

G. W. Eddy. **Лечение от головных и лобковых вшей и от чесотки.** Стр. 319—322. Приведена литература (4 номера).

Описание лабораторных исследований и клинической проверки различных противопаразитных веществ. Выработана следующая пропись спиртового раствора для распыления: в весовых или объемных процентах бензойный бензил пиретрин (20%) 0,2, N-изобутилундециленамид 0,5, 2,4—динитроанизол 2.

H. H. Jones, L. S. McAlister jun., R. C. Bushland a. E. F. Knipling. **Экспериментальное пропитывание носильного белья экстрактом пиретры для борьбы с платяными вшами.** Стр. 323—326. Приведена литература (6 номеров).

Описание опытов с пропитыванием белья растворами, содержащими пиретрины и N-изобутилундециленамид с прибавлением в некоторых случаях фенола.

№ 6, декабрь

I. R. Hayman. **Обезболивание в передовой зоне.** Стр. 353—356.

Автор рассматривает различные способы обезболивания и встречавшиеся затруднения на основании своего опыта анестезиста на фронте. Никаких цифровых данных не приведено.

S. J. Kopetzky. **Об основаниях признания негодными к военной службе по психическим дефектам.** Стр. 357—368.

Анализ 696 случаев.

R. A. Kritzler. **Острая высотная аноксия.** Стр. 360—377, 3 рисунка. Приведена литература (9 номеров).

Анализ данных 27 вскрытий умерших на большой высоте. Ни в одном случае не было ранений, не было также быстрого подъема на большую высоту. Приведены результаты микроскопического исследования тканей.

W. F. Meacham, S. Smith a. C. Pilcher. **Химиотерапия внутричерепных инфекций.** Стр. 378—381, 7 рисунков.

Продолжение ранее опубликованных исследований, относящихся к лечению сульфатиазолом и сульфадиазином стафилококкового и пневмококкового менингита. Описание составлено на основании лечения 152 случаев экспериментального менингита у собак. Отмечено благоприятное действие внутренних приемов сульфадиазина при стафилококковом и пневмококковом менингите.

S. R. Elek. **Изменение вкуса при денге.** Стр. 392—394. Приведена литература (6 номеров).

Изменение вкуса при заболевании лихорадкой денге является важным диагностическим симптомом. Автор наблюдал его в 86% случаев при лечении 154 больных этой лихорадкой. Наблюдения описаны подробно.

F. M. Henry, J. H. Lawrence, E. V. Bridge a. O. L. Williams. **Защитное действие предварительного вдыхания кислорода против газовых болей в животе при декомпрессии.** Стр. 395—397. Приведена литература (4 номера).

Сообщаются данные наблюдений за появлением болей на высоте 11 400 м у летчиков, вдыхавших кислород за 9 минут до достижения этой высоты и за 20 минут, за 1 и за 2 часа до этого момента. Отмечено действие вдыхания кислорода за 2 часа до подъема.

Доктор мед. наук Л. М Старокадомский

★

ПЕРЕЧЕНЬ СТАТЕЙ, РЕФЕРАТОВ, РЕЦЕНЗИЙ И ОБЪЯВЛЕНИЙ, ПОМЕЩЕННЫХ В ЖУРНАЛЕ ЗА 1945 г.

Политические, организационные вопросы и подготовка кадров

Приказ Верховного Главнокомандующего 23 февраля 1945 г., № 5, Москва, 1—2, 3—5.

Приказ Верховного Главнокомандующего 1 мая 1945 г.; № 20, Москва, 4—5, 3—5.

Смирнов Е. И. (генерал-полковник мед. службы), Военная медицина и Н. И. Пирогов, 1—2, 6—17.

Смирнов Е. И. (генерал-полковник мед. службы), Военная медицина и Н. И. Пирогов (продолжение), 3, 3—13.

Смирнов Е. И. (генерал-полковник мед. службы), О военно-медицинской подготовке врачей в медицинских институтах, 7—8, 3—11.

Тарицын В. П. (полковник мед. службы), Образцовый санитарный склад, 4—5, 29—32.

Тульчинский М. Ш. (майор мед. службы), Об обучении в школах санинструкторов, 9, 48—51.

Лечебно-эвакуационные вопросы

Аристовский В. М. (генерал-майор мед. службы, проф.) и Москвин И. А. (полковник мед. службы), Опыт химиотерапии среднеазиатского рекуренса (предварительное сообщение), 3, 30—32.

Арьев Т. Я. (полковник мед. службы) и Щепина М. И. (ст. лейтенант мед. службы). Итоги врачебного обследования возвращенных в строй раненых. 12, 11—13.

Берингер Ю. В. (подполковник мед. службы). К профилактике шоковых состояний, 7—8, 19—20.

Блюмин И. М. (подполковник мед. службы), Терапия ранений живота в войсковом районе в наступательную операцию, 9, 3—8.

Верхратский С. А. (майор мед. службы, канд. мед. наук), Лечение черепно-мозговых ран ультразвуковой стрептоэмульсией (д-ра Эльперина), 10—11, 5—7.

Вишневский А. А. (полковник мед. службы), К хирургии инородных тел средостения, 4—5, 9—15.

Вишневский А. В. (засл. деятель науки, проф.), Почему не надо часто перевязывать рану, 6, 3—16.

Вовси М. С. (генерал-майор мед. службы, проф.), О терапевтической помощи в Красной Армии за годы Отечественной войны, 6, 3—7.

Воробцов В. И. (майор мед. службы, канд. мед. наук), Опыт работы уролога в армейском и войсковом районах, 12, 21—23.

Гаджиев Х. Д. (майор мед. службы, д-р мед. наук), Профилактика и лечение травматического шока, 6, 37—42.

Гольдберг Н. Г. (подполковник мед. службы), Организация физиотерапевтической помощи в военно-санитарных поездах, 3, 37—39.

Гордышевский Т. И., О классификации огнестрельных ранений гортани и глотки, 4—5, 21—23.

Городынский Ф. И. (майор мед. службы), Опыт лечения огнестрельных ран мягких тканей в госпиталях тыла, 10—11, 15—17.

Григорьев Н. И. (канд. мед. наук), Лечение слепых ранений легких в тыловом госпитале, 12, 14—21.

Демьянович М. П. (проф.), Пятая модификация метода проф. Демьяновича, 4—5, 32—34.

Зворыкин И. А. (полковник мед. службы), К вопросу о лечении проникающих ранений в грудную полость в войсковом и армейском районах, 3, 14—21.

Кадин Л. С. (подполковник мед. службы), Краткий анализ итогов лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий N-ской армии от Вислы до Одера, 12, 3—10.

Колачев А. А. (подполковник мед. службы), Материалы к клинике и терапии так называемого острого инфекционного капилляротоксикоза, 6, 21—31.

Криворотов И. А. (полковник мед. службы), Вопросы лечения огнестрельных переломов бедра, 9, 9—11.

Крылов В. Н. (майор мед. службы, канд. мед. наук), Бактериологические наблюдения при отморожениях, 9, 13—18.

Куличков Н. А. (майор мед. службы) и Жмур В. А. (подполковник мед. службы), Газовая инфекция по материалам ХППГ, 6, 31—37.

Мазур М. М. (доц.), О системе медицинского учета и отчетности, 10—11, 29—31.

Макридин В. П. (ст. лейтенант адм. службы), Предупреждение и лечение методами лечебной физкультуры рубцово-миогенных контрактур при ранениях мягких тканей голени, 9, 42—47.

Маршак М. С. (подполковник мед. службы), Опыт лечебного применения сухого гематогена и дрожжей, 3, 33—37.

Маршак М. С. (подполковник мед. службы), Шнапен А. М. (канд. мед. наук) и Мхитаров Г. В. (канд. мед. наук), Лечебное питание при ранениях брюшной полости с наличием кишечных свищей, 10—11, 18—24.

Нефедова Л. А. (капитан мед. службы), К вопросу о пригодности к военной службе лиц, перенесших оперативное вмешательство по поводу язвенной болезни, 3, 21—30.

Першин А. Г. (подполковник мед. службы), Опыт лечения последствий отморожений на Сочи-Мацестинском курорте, 10—11, 7—11.

Петровский Г. А. (полковник мед. службы), К клинике атипичных форм пневмоний, 10—11, 11—15.

Португалов С. О. (подполковник мед. службы, доц.), Опыт применения пенициллина при тяжелых формах гнойно-септической инфекции, 1—2, 29—37.

Свядощ Я. М. (канд. мед. наук), О парциальной и тотальной форме истерической глухоты и глухонемоты, 12, 23—25.

Соколов Н. И. (майор мед. службы, канд. мед. наук), Анестезия плечевого сплетения в задней лестничной щели, 9, 11—13.

Ткачев С. Е. (гвардии майор мед. службы), 500 случаев проникающих ранений живота, 7—8, 12—17.

Уманский М. А. (майор мед. службы, канд. мед. наук), Заболевания сердечно-сосудистой системы по материалам ПЭП (реферат), 6, 42—43.

Флеровский А. Я. (полковник мед. службы), К технике операций огнестрельных остеомиэлитов, 7—8, 17—19.

Ходорков Ф. А. (генерал-майор мед. службы), Очередные задачи лечебно-эвакуационного обеспечения войск, 1—2, 18—20.

Шамов В. Н. (генерал-майор мед. службы), Организация этапного лечения огнестрельных переломов бедра и ранений крупных суставов, 1—2, 20—29.

Шапиро С. Е. (майор мед. службы), Ошибки диагностики брюшного тифа на этапах эвакуации войскового и армейского районов, 12, 26—29.

Шульгин А. (майор мед. службы), К вопросу о госпитализации в гарнизонных госпиталях, 7—8, 20—22.

Яковлев Н. А. (подполковник мед. службы) и Трошихина П. (майор мед. службы), О морфологии периферической крови у раненых с анаэробной инфекцией, 10—11, 3—5.

Яньшин В. З. (майор мед. службы), Пневмония от аспирации жидкого бензина, 12, 29—32.

Организация и тактика медицинской службы

Завалишин Н. И. (генерал-майор мед. службы), Медицинский распределительный пост как орган управления эвакуацией, 1—2, 38—46.

Завалишин Н. И. (генерал-лейтенант мед. служы), Контрольно-эвакуационный госпиталь, 12, 33—38.

Игнатьев К. Н. (санинструктор мед. службы. Обработка полковника мед. службы Голованевского), Санобеспечение стрелкового батальона в наступлении в лесисто-болотистой местности Карелии, 6, 43—44.

Малиновский (старшина мед. службы), Санитарное обеспечение стрелкового батальона в позиционной обороне, 7—8, 54—56.

Поляков Н. А. (полковник мед. службы), Распределительные посты медицинской службы Красной Армии, 3, 40—43.

Поляков Н. А. (полковник мед. службы), Медицинское обеспечение наступательной операции N-ской армии (Духовщинская операция), 7—8, 43—54.

Шустов В. М. (полковник мед. службы), Об отдельной роте медицинского усиления (в порядке обсуждения статьи А. С. Георгиевского, напечатанной в «ВМЖ» за июль—август 1944 г.), 12, 38—41.

Вопросы противоэпидемической защиты войск

Белохвостов С. Д. (майор мед. службы), Обследование на бациллоносительство в войсковом районе действующей армии, 9, 27—29.

Громов А. С. (майор мед. службы), Опыт противоэпидемической работы ИГ среди гражданского населения, 9, 26—27 .

Жданов В. (майор мед. службы) и Афанасьева К. (капитан мед. службы), Опыт выявления и санации дизентерийных хроников, 9, 29—31.

Жорданиа И. Ф. (полковник мед. службы), Об участии гинекологов в санитарно-эпидемической разведке в действующей Красной Армии, 4—5, 17—21.

Карпов М. К. (гвардии подполковник мед. службы), Противоэпидемическое обеспечение наступательных операций в Прибалтике, 6, 16—21.

Кобзев А. Ф. (полковник мед. службы), Организация противоэпидемического барьера во внутреннем районе страны, 7—8, 23—28.

Осокин В. Н. (майор мед. службы), О внутрикожной пробе для диагностики сыпного тифа, 7—8, 31—33.

Погодина Л. Н., Инсектицидные свойства препарата СС-5, 9, 19—26.

Пяткин К. Д. (майор мед. службы, д-р мед. наук), Противоэпидемическое обеспечение войск в наступательной операции, 4—5, 15—17.

Терских В. И. (проф.), Ошибки при изучении инфекционных желтух и лептоспирозов, 7—8, 28—30.

Вопросы военной гигиены и санитарно-химической защиты войск

Боголюбов К. К. (подполковник мед. службы), О применении супер-аммонизации для обеззараживания воды в походных условиях, 10—11, 25—28.

Калмыков П. К. (полковник мед. службы), Простые (нелабораторные) методы количественного контроля готовой пищи, 4—5, 24—29.

Калмыков П. К. (полковник мед. службы), Организация медицинского контроля за качеством хлеба, 9, 36—38.

Коган И. Б. (майор мед. службы), Гигиеническая оценка питьевых вод в Восточной Пруссии, 4—5, 37.

Кротков Ф. Г. (генерал-майор мед. службы), Военная гигиена в Отечественную войну, 1—2, 47—52.

Кротков Ф. Г. (генерал-майор мед. службы, проф.), Гигиена питания войск по опыту Великой отечественной войны, 3, 45—53.
Маршалкович Д. Б. (майор мед. службы, проф.), О лечебном питании в госпиталях, 9, 32—36.
Мещерская К. А. (майор мед. службы), Интоксикация ядами дикорастущих растений, 9, 38—40.
Поляков В. П. (капитан инженерной службы), Ускоренный метод качественного определения этиленгликоля (антифриза), 9, 40—41.
Самцевич С. А. (капитан мед. службы, доц.), Использование мороженого картофеля, 1—2, 52.

Вопросы медицинской службы ВВС

Бабийчук А. Н. (майор мед. службы), Некоторые вопросы лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий частей ВВС на Кубани и Керченском полуострове в 1943 и 1944 гг., 4—5, 35—36.
Маршалкин О. С. (майор мед. службы), Профилактика растений и вегетативных неврозов у летчиков-высотников, 7—8, 34—38.
Пивоваров М. А. (полковник мед. службы), Некоторые вопросы обеспечения комфорта и безопасности экипажа самолета, 7—8, 39—42.

Обмен опытом

Астафьев А. Д. (подполковник мед. службы), Методика определения каротина в растительных продуктах и в готовой пище, 7—8, 58—60.
Беляев П. Д. (гвардии майор мед. службы), Медицинское обеспечение танковой бригады при вводе ее в прорыв, 4—5, 48—49.
Бизяева П. (майор мед. службы), Техника подсчета крови в камере Горяева, 3, 56—57.
Веселов Е. А. (капитан мед. службы), Стеллаж для предохранения продуктов от грызунов, 7—8, 61.
Волков А. И. (майор мед. службы), Термоиндикатор, 3, 57—58.
Джемс-Леви Д. Е. (капитан мед. службы), Лечение потливости ног уротропином, 4—5, 38.
Елин М. Х. (майор мед. службы, канд. мед. наук), К методике функционального лечения огнестрельных повреждений двигательного аппарата, 10—11, 34—35.
Кекало Б. В. (гвардии майор мед. службы), Аппарат для капельного переливания крови, 3, 55—56.
Клец А. И. (майор мед. службы), К вопросу об обследовании пищевиков на дизентерийное и тифозно-паратифозное бациллоносительство, 10—11, 33—34.
Мнацаканов И. И. (майор мед. службы), Холодная стерилизация резиновых перчаток моносептом, 6, 45.
Невядомский М. М. (проф.). Лечебное значение нафталанской нефти, 7—8, 57.
Обросов А. Н. (канд. мед. наук), Комплект передвижной физиотерапевтической аппаратуры, 4—5, 38—40.
Рашба К. Я. (майор мед. службы, канд. биол. наук), Упрощенная методика определения солей тяжелых металлов в пищевых продуктах и фураже, 10—11, 32—33.
Рашба К. Я. (майор мед. службы, канд. биол. наук), Упрощенная методика определения мышьяка и солей тяжелых металлов в пищевых продуктах давнего заражения, 10—11, 32.
Рудаков Ф. (капитан мед. службы), Фигурно-цветные марки в практике врача-сортировщика, 4—5, 41.
Слупский Н. Е. (военврач II ранга), Импровизированные биксы для стерильного материала, 1—2, 54.
Тарицын В. П. (полковник мед. службы), Об использовании местных средств, 3, 43—44.
Тихонов В. С. (майор мед. службы), Ретрактор новой конструкции, 6, 45—46.
Трахтман Я. Н. (майор мед. службы, канд. мед. наук), Приспособление для закрывания крышки полевой уборной, 3, 58—59.
Филатов И. В. (майор мед. службы), Стерилизатор перевязочного материала для войсковых частей, 10—11, 36—37.
Фишер Г. М. (майор мед. службы), Стеллаж для предохранения продуктов от грызунов, 7—8, 60—61.
Хомутова М. А. (капитан мед. службы), Определение свинца в полуде в присутствии железа и меди в полевых условиях, 3, 54—55.
Христодуло А. (проф., д-р технических наук), О заготовке хирургической нитки из конского волоса, 10—11, 35—36.
Цирульник С. И. (капитан мед. службы), Обогреватель для шоковой палаты, 1—2, 54—55.
Швейковский А. Б. (майор мед. службы, канд. мед. наук), Замыкающийся пинцет, 1—2, 52.
Шунаев В. В. (подп. мед. службы, канд. мед. наук), Авиаметод в борьбе с грызунами, 4—5, 42.

Из истории военной медицины

Александров Н. И. (подполковник мед. службы, канд. мед. наук), Илья Ильич Мечников (к 100-летию со дня рождения), 4—5, 6—9.

Александровский Б. П. (доц.), Забота Суворова о здоровье солдата, 7—8, 71,—72.

Бычков И. Я. (доц.), Иностранное законодательство о военно-санитарных кадрах, 10—11, 44—49.

Гейзер И. М., Матвей Яковлевич Мудров, 10—11, 42—43.

Георгиевский А. С. (полковник мед. службы), К истории возникновения военно-медицинских обществ в России, 7—8, 68—72.

Ивашов Н. Н. (подполковник мед. службы), Сестры милосердия в русской армии, 12, 45—49.

Максименков А. Н. (полковник мед. службы, проф.), Опыт работы Военно-медицинского музея Красной Армии, 7—8, 66—68.

Попов Г. М. (подполковник мед. службы, проф.), К истории военно-медицинской подготовки врачей в России, 6, 47—52.

Страшун И. Д. (акад.), Из прошлого военно-санитарной мысли, 4—5, 46—47.

В медицинских обществах и на научных конференциях

Барабанов А. Я. (генерал-майор мед. службы) и Попов В. И. (генерал-майор мед. службы), 2-я фронтовая хирургическая конференция 1-го Белорусского фронта, 4—5, 43—44.

Бунимович С. Д. (подполковник мед. службы, доц.), Окружная научная конференция врачей ПРИВО, 4—5, 44—45.

В Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, Юбилей выдающихся ученых, 12, 41—45.

Макаров И. Д. (полковник мед. службы), В Ученом медицинском совете при начальнике ГВСУ Красной Армии. Хроника пленумов секций терапевтической и дермато-венерологической, 7—8, 62—64.

Макаров И. Д. (полковник мед. службы), В Ученом медицинском совете при начальнике ГВСУ Красной Армии. Хроника пленумов секций авиационной и гигиенической, 9, 52—55.

Макаров И. Д. (полковник мед. службы), В Ученом медицинском совете при начальнике ГВСУ Красной Армии, Хроника пленума хирургической секции, 10—11, 38—41.

Павловский К. Н. (генерал-майор мед. службы) и Андринг П. В. (майор мед. службы), Отчет об окружной конференции по лечебной физической культуре Среднеазиатского военного округа, 1—2, 57—58.

Шарканская Ц. И. (майор мед. службы), Краткий отчет 1-го совещания окулистов N-ского фронта, 1—2, 56—57.

Рефераты

Калабухов Н. И. (майор мед. службы), Случай отравления ДДТ у человека, 12, 52—53.

Калабухов Н. И. (майор мед. службы), Универсальный инсектицид ДДТ, 12, 51—52.

Клиническое применение пенициллина, 4—5, 50—51.

Клиническое применение пенициллина — противобактерийного агента биологического происхождения, 4—5, 51—54.

Лечение пенициллином мужской гонорреи, 4—5, 57.

Лечение гонорреи пенициллином. Сообщение о 1 000 случаев гонорреи, устойчивой к сульфамидам, и о 100 случаях острой, ранее не леченной гонорреи, 4—5, 54—57.

Проникающие ранения грудной клетки, 1—2, 59—61.

Пенициллин при лечении военной травмы, 6, 53—57.

Рентгенотерапия газовой гангрены, 4—5, 57.

Старокадомский Л. М. (д-р мед. наук), Мышечные грыжи голени, 10—11, 50.

Старокадомский Л. М. (д-р мед. наук), Местное лечение ожогов давящей повязкой и пленками с сульфамидом, 10—11, 50.

Старокадомский Л. М. (д-р мед. наук), Р. Карлинг (R. Carling), Медико-хирургические достижения в СССР за время второй мировой войны, 12, 50—51.

Хирургия передового района в период боев, 1—2, 59.

Критика и библиография

Багдасарьян С. М. (полковник мед. службы), Краткие аннотации на новые книги.

1. Указания по военно-полевой хирургии, 3-е переработанное изд., М., Медгиз, 1944, 367 стр., 1—2, 12.

2. Пособие по медицинскому снабжению Красной Армии, М., Медгиз, 1944, 355 стр., 1—2, 63.

3. Указания по военной офталмологии. М., Медгиз, 1944, 156 стр., 1—2, 64.

4. Указания по военно-полевой ото-рино-ларингологии, М., Медгиз, 1944, 104 стр., 1—2, 64.

5. Руководство по переливанию крови, М., Медгиз, 80 стр. 1—2, 64.

6. Справочник по акушерству и гинекологии под ред. проф. И. Ф. Жорданиа и Е. И. Кватер, М., Медгиз, 1944, стр. 93, 3, 64.

7. В. А. Девяткин, Указания по профилактике авитаминозов в войсках, под ред. Ф. Г. Кроткова, М., Медгиз, 1944, стр. 31. 3, 64.

8. Краткое руководство по военно-врачебной экспертизе, М., Главвоенсанупр Красной Армии, 1944, стр. 107. 3, 64.

9. Справочник для врачей Суворовских военных училищ под ред. академиков Н. С. Маслова и Ф. Г. Кроткова, М., Главвоенсанупр Красной Армии, 1944, стр. 79. 3, 63.

10. А. П. Фрумкин, проф., Военная травма мочеполовой системы, М., Медгиз, 1944, 113 стр. 3, 63.

11. В. В. Гориневская, Комплексное лечение в госпиталях для легко раненых, М., Медгиз, 1944, стр. 127. 3, 63.

12. Справочник по инфекционным болезням под ред. главного эпидемиолога Красной Армии генерал-майора мед. службы проф. И. Д. Ионина, 2-е изд., М., Медгиз, 1944, стр. 372. 3, 62.

13. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 1, М., Главвоенсанупр Красной Армии, 1944, 194 стр., 3, 62.

Быховский З. (доц.), Рецензия на книгу генерал-майора мед. службы Н. А. Молодцова, генерал-майора мед. службы А. В. Рахманова и др., Краткое руководство по военно-врачебной экспертизе, 10—11, 51.

Еланский Н. Н. (генерал-лейтенант мед. службы, проф.), Рецензия на книгу Фрумкина А. П. (полковник мед. службы, проф.), «Военная травма мочеполовой системы», Медгиз, 1944, 6, 58—59.

Зацепин Т. С. (проф.), Рецензия на книгу проф. А. М. Геселевич, Оперативная хирургия войскового района, М., Медгиз, 1944, 148 стр., цена 12 р. 50 к., 4—5, 59—60.

Кричевский Я. Н. (полковник мед. службы), Рецензия на книгу Е. Я. Белицкой «Система учетно-статистических показателей санитарной службы действующей армии», 10—11, 52.

Макаров И. Д. (полковник мед. службы), Новые книги, 12, 55—56.

Мошков В. (доц.), Рецензия на изд. Наумова В. А. и Ключникова Г. А. Лечебная физкультура в ГЛР, изд. ФЭП 3-го Прибалтийского фронта, 1945, тираж 650 экз., 6, 59—60.

Натансон А. О. (гвардии майор мед. службы, доц.), Витамины и их применение (рецензия на книгу проф. Гуткина), 9, 56—57.

Сельцовский П. Л., Рецензия на книгу проф. Н. Н. Еланского (генерал-лейтенант мед. службы), Военно-полевая хирургия, 1945, 4—5, 58—59.

Старокадомский Л. М. (д-р мед. наук), Обзор статей, опубликованных в журнале «Военный врач США» (I—VI, 1944), 6, 61—63.

Журнал английской военно-медицинской службы, т. 82, № 1—6; январь—июнь, т. 83, № 1—6; июль—декабрь, 1944, 7—8, 73—78.

Библиографический обзор «Военная медицина» (США) (№ 1—6, 1944), 9, 57—60.

Библиографический обзор «Военный врач США», 2-е полугодие 1944 г., 10—11, 53—57.

Библиографический обзор «Военная медицина США», 2-е полугодие 1944 г., № 1—6 (июль—декабрь), 12, 55—58.

Тимофеев Н. Н. (полковник мед. службы), Рецензия на книгу акад. В. П. Осипова, Вопросы психического распознавания и определения годности к военной службе, 6, 60—61.

Объявления

Академия мед. наук СССР. Объявление об условиях конкурса в аспирантуру и докторантуру при научно-исследовательских институтах академии, 9, 62.

Басиас Л. (директор ГЦМБ Министерства здравоохранения СССР). Обращение к авторам и редакторам мед. изданий для внесения их трудов в «Указатель советской медицинской литературы, вышедшей в годы Великой отечественной войны», 4—5, 60.

Перечень статей, рефератов, рецензий и объявлений, помещенных в журнале за 1945 г., 12, 59—64.

★

ИЗ ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Подполковник мед. службы Н. Н. Ивашов. Сестры милосердия в русской армии 46

РЕФЕРАТЫ

Доктор мед. наук Л. М. Старокадомский. Р. Карлинг. Медико-хирургические достижения в СССР за время второй мировой войны 51
Майор мед. службы Н. И. Калабухов. 1. Универсальный инсектицид—ДДТ 52
2. Случай отравления ДДТ у человека 53

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И. Д. Макаров. Новые книги 55
Доктор мед. наук Л. М. Старокадомский. Библиография (Военная медицина США) 2 полугодие 1944 г., № 1—6 (июль — декабрь) 56

Перечень статей, рефератов, рецензий и объявлений, помещенных в журнале за 1945 г. . . 59

FROM THE HISTORY OF THE MILITARY MEDICINE

N. N. Ivashov, Lieutenant-Colonel, Medical Corps. The nurses in the Russian army 46

ABSTRACTS

L. M. Starokadomsky, R. Carling. Medical surgical achievements in the USSR within the second world war. Rev. by . . 51
N. I. Kalabukhov, Major, Medical Corps
1. An universal insecticide DDT 52
2. A cas of poisoning with DDT in man. 53

BIBLIOGRAPHY

I. D. Makarov. New books . . . 55

L. M. Starokadomsky, M. D., Bibliography. War Medicine 1944, Nos 1—6 (July — December) . . 56

The List of articles, abstracts and references printed in the M.M J. in year 1945 59